



Universidad
Norbert Wiener

Escuela de Posgrado

Tesis

FACTORES ASOCIADOS Y LESIONES CERVICALES UTERINAS EN MUJERES
INFECTADAS POR EL VIH EN UN HOSPITAL, PUCALLPA 2022.

Para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública

Presentado Por:

Autora: Timoteo Inga, Adela Liz

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7171-6311>

Asesor: Dr. Caycho Valencia Félix Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8241-5506>

Línea de Investigación General: Enfermedades transmisibles

Lima – Perú

2023

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-833	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 03/11/2022

Yo, ADELA LIZ TIMOTEO INGA Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "FACTORES ASOCIADOS Y LESIONES CERVICALES UTERINAS EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIH EN UN HOSPITAL, PUCALLPA 2022" Asesorado por el docente: Dr. Félix Alberto Caycho Valencia Con DNI 15992567 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8241-5506> tiene un índice de similitud de (20) (veinte)% con código oid:14912:303611572 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y.
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1
ADELA LIZ TIMOTEO INGA
DNI: 71697286

.....
Firma de autor 2
Nombres y apellidos del Egresado
DNI:



.....
Firma
Félix Alberto Caycho Valencia
DNI: 15992567

Lima, 16 de enero de 2024

Tesis

“Factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en un hospital, Pucallpa 2022”

Línea de investigación

Enfermedades transmisibles

Asesor(a)

Dr. Caycho Valencia Félix Alberto

Código Orcid: 0000-0001-8241-5506

Dedicatoria

A los seres más influyentes e importantes de mi vida, mis padres por su inmensurable apoyo y afecto, a mis hermanas por ser ejemplo de perseverancia cada día y a mi mejor amigo por darme el ánimo y fuerzas que a veces pierdo.

Agradecimiento

Esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo de varias personas e instituciones.

En primer lugar, al Hospital II - Pucallpa por su apoyo en la realización de esta investigación sin las que el trabajo no hubiera sido posible.

Agradezco también a la Universidad Privada Wiener por sus clases impartidas durante la maestría que ha posibilitado la elaboración de este trabajo y despertado el interés por la salud pública.

A todos aquellos que brindaron su apoyo a que esta tesis sea hoy una realidad.

Índice

Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
Índice.....	6
Resumen	10
Abstract	11
Introducción.....	12
CAPITULO I: EL PROBLEMA	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema General.....	15
1.2.2 Problemas Específicos.....	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación de la investigación.....	16
1.4.1 Teórica.....	16
1.4.2 Metodológica	16
1.4.3 Práctica	17
1.5 Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.2 Bases teóricas	26
2.2.1 Factores asociados a la presencia de lesiones cervicales uterinas.....	26
2.2.1.1 Gineco – obstétricos.....	26
2.2.1.2 Infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	27
2.2.1.3 Conductuales	29
2.2.2 Lesiones cervicales uterinas	30
2.2.2.1. Virus del papiloma humano (VPH)	30
2.2.2.2 Prevención primaria.....	31

2.2.2.3 Prevención secundaria	31
2.2.2.4. Papanicolaou	32
2.2.2.5 Reporte de citología cervicovaginal	32
2.2.2.5.1 Categorización Sistema Bethesda 2014	33
2.3 Formulación de hipótesis	34
2.3.1 Hipótesis general.....	34
2.3.2 Hipótesis específicas	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	35
3.1. Método de investigación.....	35
3.2. Enfoque investigativo	35
3.3. Tipo de investigación.....	35
3.4. Diseño de la investigación	36
3.5. Población, muestra y muestreo.....	36
3.6. Variables y operacionalización	37
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
3.7.1. Técnica	41
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	41
3.7.3. Validación.....	42
3.7.4. Confiabilidad	42
3.8. Procesamiento y análisis de datos	43
3.9. Aspectos éticos.....	43
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	44
4.1 Resultados	44
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	44
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	46
4.1.3. Discusión de resultados	58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1 Conclusiones	66
5.2 Recomendaciones.....	67
REFERENCIAS	69
ANEXOS.....	78

Anexo 1: Matriz de consistencia	79
Anexo 2: Instrumentos	81
Anexo 3: Carta de aprobación de la institución	83
Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin.....	85
Anexo 5: Base de datos	86

Índice de tablas y gráficos

Tablas

Tabla 1. Características de salud reproductiva de las mujeres infectadas por VIH. Hospital II de Pucallpa, 2022	44
Tabla 2. Características clínicas y conductuales de las mujeres infectadas por VIH. Hospital II de Pucallpa, 2022.	45
Tabla 3. Asociación entre edad y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	46
Tabla 4. Asociación entre edad de inicio de relaciones sexuales y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	47
Tabla 5. Asociación entre el número de parejas sexuales y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	48
Tabla 6. Asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	49
Tabla 7. Asociación entre el esquema de tratamiento antirretroviral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	50
Tabla 8. Asociación entre el tiempo de tratamiento antirretroviral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	51
Tabla 9. Asociación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	52
Tabla 10. Asociación entre la carga viral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.	53
Tabla 11. Asociación entre la coinfección y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.	54
Tabla 12. Asociación entre el uso de preservativo y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.	55

Tabla 13. Asociación entre el consumo de tabaco y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	56
Tabla 14. Asociación entre población clave y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.....	57

Resumen

Con el objetivo de “Estimar los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.” se realizó una investigación transversal, correlacional. Para tal fin se investigaron a 82 mujeres portadoras de VIH atendidas en el Hospital II Pucallpa, en el período comprendido entre enero - diciembre 2022, los datos se codificaron y se analizaron a través del programa estadístico SPSS. La investigación arrojó que la edad media de la primera relación sexual fue de 17,09 años (DE = 2,52). Asimismo, cincuenta (60,9%) de las mujeres infectadas por el VIH tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años. Sesenta y nueve (84,2%) de las participantes del estudio tuvieron más de una pareja sexual en su vida y solo el 23,2% (n=19) usaban preservativo, concluyendo que existe asociación entre el número de parejas sexuales ($p = 0.032$), el uso de anticonceptivos orales ($p = 0.000$), el esquema de tratamiento antirretroviral ($p = 0.000$), el tiempo de tratamiento antirretroviral ($p = 0.031$), la adherencia al tratamiento antirretroviral ($p = 0.000$), la carga viral ($p = 0.001$), la coinfección ($p = 0.000$) y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Palabras claves: Lesiones cervicales uterinas, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), papanicolaou.

Abstract

With the objective of “Estimating the associated factors and uterine cervical lesions in HIV-infected women.” A cross-sectional, correlational investigation was carried out. For this purpose, 82 HIV-positive women treated at Hospital II Pucallpa were investigated, in the period between January - December 2022, the data were coded and analyzed using the SPSS statistical program. The research showed that the average age of the first sexual relationship was 17.09 years (SD = 2.52). Likewise, fifty (60.9%) of the HIV-infected women had their first sexual relationship before the age of 18. Sixty-nine (84.2%) of the study participants had more than one sexual partner in their lives and only 23.2% (n=19) used a condom, concluding that there is an association between the number of sexual partners ($p = 0.032$), the use of oral contraceptives ($p = 0.000$), the antiretroviral treatment regimen ($p = 0.000$), the time of antiretroviral treatment ($p = 0.031$), the adherence to antiretroviral treatment ($p = 0.000$), the burden viral ($p = 0.001$), coinfection ($p = 0.000$) and the presence of uterine cervical lesion in HIV-infected women.

Keywords: uterine cervical lesions, human immunodeficiency virus (HIV), papanicolaou.

Key words: Cervical lesions, human immunodeficiency virus (HIV), papanicolaou.

Introducción

El presente estudio se encuentra estructurado en cinco capítulos:

En el capítulo I, se presenta el problema de estudio acerca de factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH. La justificación recae en que el cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de cáncer entre las mujeres en todo el mundo y las mujeres seropositivas tienden a tener más probabilidades de tener un cáncer cervicouterino agresivo.

La principal limitación fueron los elementos con datos perdidos, además de un llenado incorrecto de la historia clínica, lo que dificultó la recolección de datos y el tamaño de la muestra, que al ser pequeña se somete a mayor riesgo de sesgo y errores aleatorios en los resultados.

En el capítulo II, se presentan 12 antecedentes, 8 internacionales y 4 nacionales, la base teórica es pertinente y adecuada para la variable de estudio.

En el capítulo III, se menciona que el estudio fue realizado en 82 mujeres del servicio de la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH – SIDA y Hepatitis del Hospital II Pucallpa EsSalud, siendo todas portadoras de VIH. Dando un total de 82 mujeres que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana (MVVIH), teniendo como criterio de inclusión más resaltante que la paciente cuente con cuello uterino intacto hasta el diagnóstico de VIH.

En el capítulo IV, se utilizó el contraste de hipótesis con el valor de alfa 0,05 siendo para la hipótesis general chi cuadrado.

En el capítulo V incluye las conclusiones, recomendaciones y finalmente la bibliografía y los anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en mujeres en el mundo. (1,2,3) Este cáncer afecta al cuello del útero y previamente desarrolla lesiones cervicales uterinas. (1) Durante el 2020 a nivel mundial, el cáncer cervicouterino ocupó el cuarto lugar en casos nuevos de cáncer en mujeres, con una tasa de incidencia de 6.5% y ocasionó el 7.7% de todas las muertes por cáncer en el mundo, siendo así la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre 20 y 64 años. (3,4) En el Perú, en el año 2020, de acuerdo a estimaciones del Observatorio Global del Cáncer (Globocan), en la población femenina el cáncer de cuello uterino ocupó el segundo lugar en casos nuevos de cáncer, con una tasa de incidencia del 11,5% y el segundo puesto del total de causas de muerte por cáncer con un 12,3%. (4,5)

La formación de lesiones en el cuello uterino que pueden ser precancerosas o cancerosas es en su mayoría a causa de una infección por el virus del papiloma humano (VPH), el cual tiene más de 100 genotipos diferentes, y algunos de ellos están asociadas al desarrollo del cáncer. (6) Siendo los tipos más oncogénicos el VPH 16 y 18, causantes de aproximadamente el 50% de las lesiones precancerosas de alto grado del cuello uterino en todo el mundo. (2,6)

Diversos estudios han descrito que la presencia de algunos cofactores, tales como el número de parejas sexuales, edad de inicio de las relaciones sexuales, el no uso del preservativo,

tabaquismo, infecciones de transmisión sexual como el VIH, entre otros aumentan el riesgo del desarrollo de lesiones cervicales uterinas y su progresión. (7, 8, 9)

Es por ello que escritos señalan que el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino es significativo en las mujeres que viven con el VIH, (10, 11 12) y las tasas de infección por VPH en el tracto reproductivo son significativamente más altas entre las mujeres infectadas por el VIH. (12, 13) La coexistencia de la infección por VIH y VPH puede debilitar aún más la función inmunitaria, tanto a nivel humoral como celular. La función humoral se refiere a la respuesta de los anticuerpos, mientras que la función celular implica la actividad de las células inmunitarias. La disminución en estas funciones puede resultar en una capacidad reducida para eliminar el VPH del cuerpo, lo que aumenta el riesgo de desarrollar lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino. (12)

Las mujeres que viven con el VIH tienen seis veces más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino que las mujeres sin VIH, (10) debido a la alta prevalencia de lesiones premalignas en el cuello uterino entre ellas. (11, 13)

Se sabe que las mujeres con el VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino; sin embargo, a pesar de la evidencia global relativa al mayor riesgo de cáncer cervicouterino entre las mujeres con el VIH, la disponibilidad de datos e información específica para América Latina es muy limitada. Esto puede deberse a varias razones, como la variabilidad en los sistemas de salud, la falta de recursos, la falta de conciencia o la recolección inconsistente de datos a nivel nacional. La falta de datos específicos para la región puede afectar negativamente la capacidad de los profesionales de la salud y los responsables de la formulación de políticas para abordar de manera efectiva el problema del cáncer cervicouterino en mujeres con VIH en América Latina. La disponibilidad de datos precisos es crucial para comprender la magnitud del problema, identificar áreas de intervención y asignar recursos de manera adecuada. (14)

El presente estudio tiene como objetivo estimar los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?

1.2.2 Problemas Específicos

Problema Específico 1

¿Cuáles son los factores gineco – obstétricos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?

Problema Específico 2

¿Cuáles son los factores característicos de la enfermedad asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?

Problema Específico 3

¿Cuáles son los factores conductuales asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Estimar los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

1.3.2 Objetivos específicos

Objetivos Específico 1

Analizar los factores gineco – obstétricos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

Objetivos Específico 2

Analizar los factores característicos de la enfermedad asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

Objetivos Específico 3

Analizar los factores conductuales asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El cáncer de cuello uterino se encuentra entre las principales causas de cáncer en las mujeres en todo el mundo. (15) Estudios señalan que las mujeres infectadas por el VIH tienen más probabilidades de tener un cáncer cervicouterino agresivo, y las pacientes con la infección por el VIH suelen estar más gravemente enfermas que las que no tienen la infección por el VIH. (12)

Sin embargo, se observan diversos factores que pueden acrecentar la progresión del cáncer de cuello uterino, pero este mecanismo subyacente aún no se comprende completamente y requiere más investigación, (12) es por ello que surge la necesidad de indagar sobre estos factores y la relación de las lesiones cervicales uterinas en este tipo de población.

1.4.2 Metodológica

Desde una perspectiva metodológica, para lograr los objetivos propuestos, se recurrió al empleo de técnicas de investigación exploratoria como es la recolección de datos secundarios, logrando así generar un instrumento propio que contribuirá en futuras

investigaciones que aborden la problemática de las lesiones cervicales y sus factores en mujeres infectadas por el VIH.

1.4.3 Práctica

Este estudio ayudará a las pacientes mujeres viviendo con VIH para la disminución de los posibles factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición y progresión de las lesiones cervicales uterinas, con ello aportar en la toma de decisiones de la comunidad médica y autoridades sanitarias para generar políticas, normas y seguimiento a esta población.

De determinarse los factores de riesgos en nuestra población femenina que vive con el VIH aportará a mejorar la atención integral del paciente y disminución de la mortalidad por cáncer de cérvix, mejorando la salud de la mujer.

1.5 Limitaciones de la investigación

El estudio en cuestión tiene algunas limitaciones intrínsecas. A la recolección de la información se encontraron algunos elementos con datos perdidos, además un llenado incorrecto de la historia clínica, lo que dificultó la recolección de datos.

Otras limitaciones encontradas en el estudio es el tamaño de la muestra, que al ser pequeña se somete a mayor riesgo de sesgo y errores aleatorios en los resultados.

De igual manera se encontró una limitación con el tipo de metodología utilizada para la detección de lesiones cervicales en la población estudiada. El PAP es una herramienta valiosa, pero no es completamente confiable. La tasa significativa de falsos negativos y la variación interobservador en la interpretación de los resultados pueden perjudicar la precisión del diagnóstico, así como también si la muestra recolectada no fue la adecuada. El método más idóneo para ser incluido en el presente estudio era la prueba molecular del virus del papiloma humano, sin embargo, durante el periodo de estudio estas pruebas no eran accesibles para la población estudiada al igual que el recuento de Linfocitos CD4.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Limenih, et al., (2021) en su investigación tuvo como objetivo “*evaluar los factores asociados con las lesiones cervicales precancerosas entre las madres infectadas por el VIH*”. Realizaron un estudio transversal donde incluyeron 435 mujeres en el estudio. Los datos se recopilaron a través de entrevistas y revisión de las historias clínicas de los pacientes utilizando cuestionarios estructurados y probados previamente. Los datos también se recopilaron mediante inspección visual con ácido acético aplicado para detección y tratamiento. Los datos se ingresaron en Epi-info versión 7, se limpiaron y analizaron con SPSS versión 20. Se ajustó el análisis de regresión logística y se calculó las razones de probabilidad con un intervalo de confianza del 95%. Tuvieron como resultados que la prevalencia global de lesiones precancerosas del cuello uterino fue del 20,2% (IC95%: 13%, 29%). Tener más de una pareja sexual en la vida (AOR=2,91, IC 95%: 1,13, 7,52), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (AOR=4,04, IC 95%: 2,19, 7,44) y un recuento basal de CD4 inferior a 200 células/mm³ (AOR=7,51, IC del 95 %: 3,58, 15,68) se asociaron significativamente con lesión precancerosa del cuello uterino. Concluyendo que la prevalencia de lesiones precancerosas del cuello uterino es alta. (13)

Palma, et al., (2019) en su estudio tuvo como objetivo “identificar la influencia de distintos factores de riesgo relacionados con la aparición de lesiones intraepiteliales de cuello uterino”. Realizaron un estudio observacional de casos y controles. Obteniendo como resultado significativo a la sepsis vaginal, en el cual las pacientes quienes la presentaron tenían la probabilidad de padecer lesiones intraepiteliales cervicales cuatro veces más a comparación de las que no la tenían (OR 4,202, IC 95 %, 1,551-11,379) al igual que la ectopia constituyó un factor de riesgo importante (OR 1,371, IC 95 %, 0,826-2,274), caso contrario con otros factores de riesgo como el tabaquismo el cual tuvo un comportamiento indiferente. Concluyendo que la sepsis vaginal y la erosión cervical presentaron una asociación estadísticamente significativa e importante con la probabilidad de aparición de las lesiones intraepiteliales propias del cuello uterino. (16)

Ulloa, (2019) en su investigación tuvo como objetivo “*determinar la asociación de lesiones intraepiteliales en pacientes seropositivas*”. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en 32 mujeres a las que se les diagnosticó atipia celular mediante la prueba de Papanicolaou entre enero de 2013 y marzo de 2016. En el estudio se examinaron variables como la edad, la seropositividad al VIH, la seronegatividad al VIH y los resultados citológicos. Los resultados del grupo seropositivo indicaron que el 71 % exhibió una carga viral de menos de 20, el 43 % tenía un valor de CD4 superior a 500 y TDF + FTC + EFV fue el régimen retroviral más común utilizado antes de la cirugía en el 50 % de los pacientes. ASCUS se identificó como el resultado de citología vaginal previa más frecuente en este grupo con una prevalencia del 71%, mientras que SIL de alto grado solo se detectó en una paciente que presentaba una carga viral alta. Entre los pacientes seronegativos (n=18), se encontró ASCUS en el 72 %, LIE BG en el 12 %, LIE AG en el 8 %. Concluyendo que el reporte

citológico más frecuente es ASCUS, que la prevalencia de carcinoma de cuello uterino in situ fue nula, que las lesiones intraepiteliales de bajo grado y alto grado pueden estar en relación a una disminución de los CD4 y aumento de la carga viral. (11)

Gupta K, et al., (2019) en su investigación tuvo como objetivo *“estudiar el espectro de anomalías epiteliales en las pruebas de Papanicolaou de mujeres VIH positivas categorizadas según el Bethesda System of Reporting Cervical Cytology, correlacionarlas con los recuentos de linfocitos CD4 y compararlas con el espectro de anomalías observadas en un grupo de control VIH-negativo.”* Realizó un estudio retrospectivo de 6 años que incluyó 150 pruebas de Papanicolaou de mujeres VIH positivas y VIH negativas, respectivamente. Los hallazgos mostraron que las anomalías en la prueba de Papanicolaou fueron dos veces más altas en mujeres con VIH (12 %) en comparación con mujeres sin VIH (6 %; $p=0,006$, $RR=2$). Negativo para lesión/malignidad intraepitelial fue el hallazgo más común (88%). El porcentaje de anomalías epiteliales fue del 12%, incluyendo: células escamosas atípicas de significado indeterminado, 5,55%; células escamosas atípicas, no se puede excluir HSIL, 16,66%; lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, 5,55%; lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL), 61,11%, y carcinoma de células escamosas, 11,11%. Concluyendo que el examen de Papanicolaou de rutina en mujeres con VIH se recomienda, ya que se encontró que la prevalencia de anomalías de las células epiteliales era del 12%, que era el doble en comparación con el grupo de control sin VIH. (17)

Ogu, et al., (2019) en su estudio tuvo como objetivo *“evaluar la prevalencia y los factores de riesgo de la displasia cervical entre mujeres seropositivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+ve) en tratamiento antirretroviral de gran actividad (HAART) que asisten a la clínica de VIH en el Hospital Docente de la Universidad de Nigeria (UNTH) Enugu, sureste de Nigeria”*. Realizó un estudio transversal, comparativo en 209 mujeres con VIH de Nigeria. Obteniendo como resultados La prevalencia de displasia

cervical fue del 12,92 % (n=27) entre las participantes, lo que incluyó un 19,05 % entre mujeres VIH+ en HAART y un 6,73 % entre mujeres VIH positivas. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, Odds Ratio al 95% Intervalo de Confianza, OR (IC 95%) 3,26 (1,31-8,09) p=0,011. La categoría más común de displasia cervical fue la de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS); 14,29% en mujeres VIH+ en TARGA y 4,81% en mujeres VIH-Vas. Además, la prevalencia de cada categoría fue mayor entre las mujeres VIH+ que recibían TARGA, como se muestra en tabla 1. Además, los resultados de la tinción de la prueba de Papanicolaou mostraron mayor inflamación entre los VIH+ en TARGA 25,71% y 13,46% entre los VIH-V, OR (IC 95%) 2,76 (1,33-5,71) p=0,0062. Las células escamosas atípicas no pueden excluir la lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H) fue del 0,0 %. La mayoría de los factores de riesgo de displasia cervical entre los grupos de estudio mostraron asociación positiva, OR (IC 95%): VIH+ve 3,26 (1,31-8,09) p=0,011; edad mayor de 35 años 2,11 (0,60-7,38); tabaquismo 1,36 (0,15-12,10); gravidez por encima de cuatro 1,72 (0,72-4,11); paridad arriba de cuatro 1.54 (0.66-3.61); poligamia 3,23 (1,25-8,37) p=0,02; antecedentes de ETS/ITG 2,49 (1,06-5,80) p=0,04. Concluyendo que la HAART tuvo efectos citoprotectores contra la progresión de ASCUS a LSIL, LSIL a HSIL y al cáncer de cuello uterino invasivo, pero no lo demostró de cuello uterino normal a ASCUS en mujeres VIH+ en Enugu, Nigeria.

(18)

Haro, (2018) en su estudio tuvo como objetivo *“analizar la frecuencia de lesiones cervicouterinas, sus factores de riesgo y con reportes de la citología cérvico vaginal de mujeres portadoras de VIH – Sida, que se atendieron en el Hospital General Enrique Garcés durante el periodo 2009-2017”*. A partir de las historias clínicas realizó un estudio cuantitativo en 185 pacientes mujeres con VIH-SIDA con resultado positivo a lesiones

intraepiteliales (LSIL, HSIL y Carcinoma) durante los controles de citología cérvico-vaginal entre 2009 y 2017. Los resultados mostraron que el 16,7% presentaba lesiones cervicales, de los cuales el 80,7% presentaba lesiones intraepiteliales de bajo grado y el 16,1% presentaba lesiones intraepiteliales de alto grado. El estudio encontró que las lesiones cervicales ocurrieron mayoritariamente en pacientes con edades entre 31 y 40 años (41,9%), seguidas de aquellas entre 21 y 30 años (32,3%). Además, se encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales es un factor de riesgo, ocurriendo el 48,4% de los casos en personas de 16 a 20 años y el 38,7% en personas de 10 a 15 años. Además, el estudio reveló que entre todos los pacientes con VIH-SIDA con lesiones cervicales, un alto porcentaje (87,1%) no usó preservativo durante las relaciones sexuales. Concluyendo que hay factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones premalignas en pacientes VIH-SIDA. Se recomienda realizar un control preventivo mediante prueba de papanicolaou; incrementar los factores de protección como la vacuna para el HPV. (7)

Aho, et al., (2017) en su estudio tuvo como *objetivo* “determinar la prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas citológicas (SIL) del cuello uterino entre las mujeres que viven con el VIH bien controlado.” Realizó un estudio retrospectivo donde incluyó a las 389 mujeres infectadas por el VIH que habían realizado al menos dos visitas al Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Helsinki entre 2002 y 2013. Los resultados indicaron que el 90,0% de los hallazgos mostraban resultados normales. Por el contrario, la tasa de SIL disminuyó del 16,8 % al 4,6 % entre 2002 y 2013. En el análisis multivariado, el riesgo de SIL fue significativamente menor en mujeres con resultados normales consecutivos de la prueba de Papanicolaou durante los dos primeros años de seguimiento [odds ratio (OR) 0,21, intervalo de confianza (IC) del 95 % 0,10–0,45, $p < 0,001$] y con recuentos de CD4 >500 células/ μ l (OR 0,11, IC del 95 % 0,05–0,26, $p < 0,001$).

Concluyendo que el uso generalizado de la terapia antirretroviral combinada y la detección sistemática del cuello uterino ha reducido la tasa de frotis de Papanicolaou anormales. (19)

Rodrigues, et al., (2016) en su estudio tuvo como objetivo “*Verificar la prevalencia del VPH en mujeres viviendo con VIH/AIDS, y conocer las características sociodemográficas, clínicas y comportamentales de esa población.*”. Realizaron un documental, exploratorio, descriptivo, cuantitativo, que incluyó las historias clínicas de 32 mujeres viviendo con VIH/AIDS registradas en el CERDI y que realizaron el examen de Papanicolaou en el período de estudio. Obteniendo como resultado la evidencia de lesiones de VPH en (15,6%) las mujeres viviendo con VIH/AIDS, siendo clasificada como LSIL bajo grado (60%) y HSIL alto grado (40%) de estas. Tuvieron que el 62,5% de las pacientes iniciaron su vida sexual en una edad menor a 17 años, así también el 56,3% tuvieron menos de cuatro parejas sexuales en su vida. Concluyendo así que hubo prevalencia de VPH de 15,6%, semejante a otros estudios. (20)

Nacionales

Delgado, (2020) en su investigación tuvo como objetivo “*Identificar los factores de riesgo, asociados a la presencia de lesiones premalignas de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, entre los años 2014-2017*”. Realizó un estudio analítico, de casos y controles en 394 pacientes. Obteniendo como resultado que la mayor parte de las mujeres comenzaron su actividad sexual antes de cumplir los 19 años, y que el 19,54% de las mujeres que utilizaban anticonceptivos orales presentaban lesiones premalignas en el cuello uterino, del mismo modo que el 29.8% de las mujeres que habían tenido múltiples partos. Concluyendo que el número de parejas sexuales ≥ 2 , el inicio de relaciones sexuales a edad

< 19 años, ser > 35 años de edad, el uso de anticonceptivos orales (≥ 5 años) y la multiparidad son factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix. (21)

Chincha, (2019) en su investigación tuvo como objetivo “*determinar los factores asociados a un resultado de citología anormal de cuello uterino en mujeres portadoras de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en el Hospital Cayetano Heredia en Lima-Perú, entre los años 2012-2015*”. Realizó un estudio de casos y controles en mujeres mayores de 18 años a las que se les diagnosticó la infección por el VIH. El estudio definió un "caso" como cualquier paciente con infección por VIH que tuvo un resultado de Papanicolaou anormal, y un "control" como cualquier paciente con infección por VIH que tuvo un resultado de PAP normal. El tamaño de la muestra estuvo compuesto por 141 casos y 227 controles, con un intervalo de confianza del 95% y una potencia del 80%. El análisis bivariado reveló que el trastorno por consumo de alcohol [OR 1,99 (1,21-3,25)], el fracaso virológico [OR 2,01 (1,18-3,41)] y el tratamiento antirretroviral [OR 0,53 (0,31-0,90)] fueron factores significativos en los resultados del estudio. El análisis multivariado mostró que el trastorno por consumo de alcohol [OR 1,77 (1,06-2,95)] y la falla virológica [OR 2,41 (1,55-3,74)] eran variables de riesgo asociadas. Concluyendo que los principales factores asociados de riesgo para un resultado citológico anormal en las mujeres con la infección por el VIH fueron el trastorno por el consumo de alcohol y el tener falla virológica. (22)

Quispe, et al. (2018) en su estudio tuvo como objetivo “*determinar los factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014 - 2015*”. Realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, en una muestra de 366 mujeres. Obteniendo como resultado que algunos factores de riesgo mostraron una asociación estadísticamente significativa. Estos factores incluyen: Edad (mayores de 35 años) (OR =

1.94) bajo grado de instrucción (OR = 1.84), estado civil de convivencia (OR = 1.67), procedencia rural (OR = 3.92), IRS menor de 16 años (OR = 29.51), tener más de dos parejas sexuales (OR = 16.06), VPH (OR = 2.51), multiparidad (OR = 17.21), MAOC (OR = 1.70) antecedentes familiares (OR = 3.13). Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo personal, sexual y reproductivo con las lesiones precancerosas de cuello uterino (23)

Del Castillo, (2017) en su estudio tuvo como objetivo “*identificar los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cérvix y valorar su nivel de riesgo*”. Realizó un estudio de caso control y los hallazgos indicaron que un 24.4% de las 71 usuarias analizadas resultaron positivas para lesiones premalignas, lo que equivale a una incidencia de 2.5 por cada 1000 mujeres en edad fértil. Se identificó un solo caso de cáncer in situ. En el 75.6% de los casos evaluados, se observó un resultado negativo. Los hallazgos anormales (ASCUS/ASC-H) representaron el 6%, mientras que las lesiones intraepiteliales de bajo grado alcanzaron un total del 17%. Por otro lado, las lesiones intraepiteliales de alto grado solo constituyeron el 1.4%. Dentro de la edad de inicio sexual, el 54% fue entre los 15 a 17 años, el 35% tuvo 2 parejas sexuales seguido con un 30% quienes indicaron solo haber tenido 1 pareja sexual y solo el 6% tuvo de 5 a más. Concluyendo que ninguno de los factores de conducta sexual estudiados mostró asociación con las lesiones premalignas, como es el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el tipo de coito y el haber tenido alguna ITS. El factor edad fue el único que resultó significativo, con la prueba de chi cuadrado, a la presencia de lesiones malignas de cérvix. (24)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Factores asociados a la presencia de lesiones cervicales uterinas.

Los factores de riesgo para una enfermedad son aquellos elementos, características, circunstancias o exposición que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle dicha enfermedad. Estos factores pueden ser diversos y pueden variar según el tipo de enfermedad que se esté considerando. Algunos factores de riesgo son modificables, lo que significa que pueden cambiarse o controlarse para reducir el riesgo, mientras que otros no son modificables, ya que no se pueden alterar. (9, 23) Entre los factores de riesgo para el desarrollo de las lesiones cervicales uterinas, están:

2.2.1.1 Gineco – obstétricos

Edad: La edad ha sido una consideración común en la detección selectiva de lesiones precancerosas en la población general. Las pautas actuales para la detección de la población general de mujeres en Perú, sugieren que la exploración debe iniciar a partir de los 25 años hasta los 64 años. (25)

Estas consideraciones de edad pueden no ser necesariamente ideales para mujeres VIH positivas, entre las que la progresión de las lesiones puede ser más rápida. La edad óptima para la detección en individuos con VIH podría ser más joven que para las mujeres en la población general. (26) Sin embargo no hay un consenso sobre el tema; la OMS recomienda que las mujeres con el VIH inicien el tamizaje de cáncer cervicouterino a partir de los 25 años y un seguimiento a los 3 años para resultados negativos. (14) En Perú la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino queda en específico que en todas las mujeres en edad fértil que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana (MVVIH), deben ser sujetas a tamizaje a través del PAP (preferente) o IVAA de manera anual y en aquellas con diagnóstico inicial, el tamizaje con PAP se debe realizar secuencialmente a los 6 y 12 meses respectivamente, sin señalar alguna edad en específico

para esta población. (25) Sin embargo, en la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del adulto con infección por el VIH señalan que la frecuencia de toma de Papanicolaou en paciente con VIH debe ser a los 3 meses y cada 12 meses a partir del segundo año. (27)

Y, por otro lado, el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) en el 2011, en su Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino no menciona pautas específicas para las MVVIH. (28)

Inicio de relaciones sexuales (IRS): En la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, (9, 29, 30) de manera que el inicio precoz de las relaciones sexuales puede influir con la aparición y progresión de lesiones cervicales uterinas, ya que puede pensarse que, al iniciar su vida sexual a menor edad, tienen más actividad sexual y, por consiguiente, más tiempo de exposición y probabilidades. (16)

Número de parejas sexuales: Las mujeres solteras tienen mayor riesgo debido a que pueden tener mayor cantidad de compañeros sexuales, al igual las viudas o divorciadas. (9, 29)

Anticonceptivo Oral: Aún controvertido, sin embargo, hay ciertas investigaciones que señalan que puede existir una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de los anticonceptivos orales de aproximadamente más de 5 años y la aparición de lesiones cervicales uterinas precancerosas e invasivas (8, 9, 16, 21, 24, 30)

2.2.1.2 Infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, lo que ocasiona es el debilitamiento progresivo del sistema inmunitario y de las defensas de las personas. A medida que este virus destruye y deteriora las funciones de las células inmunitarias, las personas infectadas se volverán inmunodeficientes. (31)

El VIH puede transmitirse a través del intercambio de una variedad de fluidos corporales de personas infectadas, como sangre, leche materna, semen, secreción anal y secreciones

vaginales. De igual manera se puede transmitir verticalmente de una madre a su descendencia durante la gestación y el parto. (31)

En el Perú, según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades se ha reportado hasta el 30 de junio del 2022, que la mayor vía de transmisión en casos VIH notificados ha sido la vía sexual con un 93,47% (32)

Esquema de tratamiento: La enfermedad del VIH se puede controlar mediante regímenes de tratamiento compuestos por una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales. (31)

Existen 2 esquemas, el esquema de primera línea es dirigido para pacientes nuevos, sin antecedentes de uso de antirretrovirales, diferente al segundo esquema que es dirigido para pacientes que fallan a esquemas de primera línea, es decir con fracaso virológico, y puede haber sospecha de resistencia viral. (27) Lo que podría volverla propensa a desarrollar con mayor rapidez las lesiones cervicales uterinas.

Adherencia al tratamiento: El término adherencia es definido por la Organización Mundial de la Salud como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. (33)

Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis, incrementan las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento. Ya que el VIH debilita el sistema inmunológico, al no presentar una buena adherencia a la terapia antirretroviral (TAR), puede ocasionar un impacto negativo en la disminución de la aparición de lesiones cervicales uterinas, y aumentar la susceptibilidad a infecciones y afecciones asociadas.

Carga viral (CV): Determinar la carga viral del virus de la inmunodeficiencia humana a través de métodos microbiológicos es crucial para monitorear y manejar de manera efectiva

a los pacientes infectados. Los laboratorios de microbiología disponen de herramientas que garantizan la fiabilidad de sus resultados. (34)

La tasa de replicación del VIH se puede cuantificar a través de la carga viral, que se determina contando las copias de ARN viral por ml o como log₁₀. Niveles más altos se correlacionan con una caída más rápida de los linfocitos CD4 y una progresión más rápida a SIDA y mayor mortalidad. (35)

El objetivo del tratamiento es alcanzar una carga viral indetectable que es igual a decir intransmisible por las relaciones sexuales. (35)

Co – Infecciones: Estudios señalan asociación entre la presencia de ITS y las lesiones precancerosas del cuello uterino. (23)

2.2.1.3 Conductuales

Uso de preservativo: Se ha detectado en estudios que uno de los mayores riesgos para la aparición de lesiones cervicouterinas es el no uso del preservativo, el cuál puede deberse a múltiples motivos, desde el desconocimiento de este hasta la infidelidad. (7, 16, 20)

Consumo de tabaco: A pesar de que se ha informado que fumar se asocia con un mayor riesgo de lesiones en el cuello uterino, incluso después de controlar los factores sexuales, varios estudios no han encontrado un impacto dependiente del hábito tabáquico. Si bien es cierto que en la literatura se reporta que los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre, las que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical, afectando la respuesta inmune humoral y celular, reduciendo las citoquinas, natural killer, inmunoglobulinas, aumentando al doble el riesgo de presentar lesiones premalignas en mujeres fumadoras, existen discrepancias en los estudios epidemiológicos con respecto al tabaquismo como factor de riesgo. (7, 16, 21, 23, 24)

Población clave: Las poblaciones claves pueden tener un mayor riesgo para la aparición de lesiones cervicales uterinas debido a barreras sociales, económicas y culturales que surgen su acceso a la atención médica y la prevención de enfermedades. Las poblaciones, como personas con bajos ingresos, claves migrantes, personas LGBTQ+, trabajadoras sexuales y personas que consumen drogas, a menudo tienen un acceso limitado a servicios de atención médica, incluyendo exámenes ginecológicos regulares y pruebas de detección de cáncer cervical. (36)

2.2.2 Lesiones cervicales uterinas

La formación de casi todas las lesiones precancerosas y cancerosas cervicales se debe a la infección por el VPH, con una asociación de más del 99% entre el VPH de alto riesgo oncogénico y el cáncer de cuello de útero. (37)

2.2.2.1. Virus del papiloma humano (VPH)

Los virus del papiloma son un tipo de virus de ADN clasificado dentro de la familia Papillomaviridae. Las infecciones genitales por el VPH pueden detectarse en cérvix, vagina y vulva en mujeres; glande, prepucio y piel del pene y escroto en hombres; y en canal anal y perianal tanto de mujeres como de hombres. (38)

Los VPH son un grupo ubicuo de virus, prevalentes en todo el mundo, siendo la infección del cuello uterino la infección de transmisión sexual más prevalente. Estos virus consisten en más de 100 genotipos distintos, algunos de los cuales se han relacionado con el desarrollo del cáncer. Estos diferentes genotipos pueden clasificarse como “alto riesgo” (tipo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 81 y 82) y de “bajo riesgo” (tipos 6, 11, 26, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 70, 71, 72 y 84). (37)

Los VPH 16 y 18 son los tipos más oncogénicos, y son responsables de las lesiones precancerosas de gran malignidad en todo el mundo. (1, 2, 37) Aunque la mayoría de las infecciones con el VPH se resuelven espontáneamente y no causan síntomas, la infección

persistente puede causar cáncer cervicouterino. Por ende, la implantación de un enfoque integral para prevenir, tamizar y tratar el cáncer cervicouterino podría eliminar en una generación este problema de salud pública. (1)

2.2.2.2 Prevención primaria

Son las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales, predisponentes o condicionantes. (38)

Las intervenciones para reducir las infecciones por VPH incluyen la vacunación a las niñas de 9 a 13 años de edad (o de las edades previstas en las directrices nacionales), antes de que inicien su actividad sexual. (39)

En el campo de la medicina, existen tres formas distintas de vacunas contra el VPH. Estas incluyen las vacunas tetravalentes, bivalentes y nonavalentes. (40)

2.2.2.3 Prevención secundaria

El objetivo de salud pública es reducir la incidencia y la prevalencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, interceptando el avance de las lesiones precancerosas hacia un cáncer invasor. Las intervenciones incluyen que toda mujer entre las edades de 30 y 49 años, o aquellas especificadas por las pautas nacionales, se sometan a exámenes de detección para detectar lesiones precancerosas, que generalmente no presentan síntomas. Incluso entre las mujeres vacunadas contra el VPH es importante seguir el tamizaje y tratamiento cuando lleguen a la edad prevista. (39)

De acuerdo a las Guías Prácticas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical, elaboradas por la OPS-OMS, se debe tomar en cuenta que las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la Inspección visual con ácido acético (IVAA) pueden ser usados como métodos de tamizaje. (40)

2.2.2.4. Papanicolaou

La primera metodología utilizada en gran escala como rastreo poblacional fue el test de Papanicolaou. (37)

Es un examen para detectar cambios anormales en las células del cuello uterino que podría conducir a un cáncer de cuello uterino, en el que se realiza un “raspado” con un cepillo o espátula la zona de transformación y con un cepillo se toma una muestra del endocervix, el cual debe ser realizado por un personal de salud capacitado. (40)

En el contexto del análisis de laboratorio, la muestra se coloca cuidadosamente en una lámina y posteriormente se fija antes de someterse a un proceso de coloración especializado. Esta metodología permite el examen completo de las células mediante el uso de un microscopio. Es importante no programar la citología durante la menstruación y explicar a la paciente que de 2 a 3 días antes del examen no debe tener duchas vaginales, uso de cremas vaginales y relaciones sexuales. (40)

La implementación del cribado poblacional basado en la citología de PAP ha llevado a una reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países desarrollados. Pero la implementación de esta modalidad de tamizaje no ha tenido los mismos resultados en países de Latinoamérica, lo cual fue asociado principalmente con un bajo porcentaje de mujeres con PAP anormal que son efectivamente seguidas y tratadas, y porque la sensibilidad moderada/baja de este test requiere la repetición permanente de controles, lo que conlleva a una menor adherencia. (37)

2.2.2.5 Reporte de citología cervicovaginal

La citología es una pieza fundamental en el diagnóstico del cáncer cervical y sus lesiones precursoras. Diferentes reportes citológicos han sido utilizados a lo largo de los años para la detección del cáncer de cuello uterino. Uno de los más conocidos y utilizados ha sido el Papanicolaou, también conocido como "PAP". En la actualidad, el Sistema Bethesda es

considerado el estándar más aceptado y utilizado a nivel mundial para la clasificación de los resultados de las pruebas citológicas. (41) Desde su creación en 1988, el mismo ha sido objeto de modificaciones, siendo la última actualización en 2014, permitiendo una mejor comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, lo que puede mejorar la calidad de la atención y la toma de decisiones clínicas, sobre todo, por tomar en cuenta la biología de la lesión. (41, 42)

2.2.2.5.1 Categorización Sistema Bethesda 2014

- **Negativo para lesión intraepitelial o malignidad**

Elementos celulares normales o células epiteliales sin cambios neoplásicos. Se incluyen las células escamosas, endocervicales, endometriales y del segmento más bajo del útero. (41)

- **Células escamosas atípicas de significación indeterminado (ASC-US)**

Son sugerentes de una lesión de bajo grado, y es muy común que esté relacionada a una infección por el VPH. (41) Es más prevalente en mujeres jóvenes. (42)

- **Células escamosas atípicas que no excluyen una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)**

Son sugerentes de una lesión de alto grado y son de mayor relevancia clínica en comparación con las ASC-US. (41) Estos casos representan menos de 10% de los casos de ASC, por lo que es un diagnóstico muy poco frecuente en los laboratorios de citología. (42)

- **Lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL)**

Se agrupan las alteraciones celulares asociadas a infección por el VPH, la displasia leve/NIC I. (41)

- **Lesión intraepitelial de alto grado (HSIL)**

Las lesiones de alto grado agrupan a la displasia moderada/NIC II, displasia severa/NIC III y el carcinoma in situ. (41)

- **Carcinoma escamoso**

El Sistema Bethesda establece que puede realizarse la distinción entre el carcinoma queratinizante y el no queratinizante. (41)

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Existe asociación entre los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

2.3.2 Hipótesis específicas

Hipótesis Específico 1

Existe asociación entre los factores gineco – obstétricos y las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Específico 2

Existe asociación entre los factores característicos de la enfermedad y las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Específico 3

Existe asociación entre los factores conductuales y las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El método a utilizar es el hipotético – deductivo ya que parte de premisas generales para llegar a una conclusión particular, que vendría a ser la hipótesis a falsar para contrastar su veracidad, lo que permitiría el incremento de la teoría de la que partió, y el planteamiento de soluciones a problemas tanto de corte teórico o práctico. (43)

3.2. Enfoque investigativo

Según la naturaleza de los datos es un enfoque de tipo cuantitativo porque trata con variables que se pueden medir a través de técnicas estadísticas. (43)

3.3. Tipo de investigación

Según el tipo de abstracción es una investigación aplicada, porque se caracteriza en aplicar conocimientos teóricos a determinadas situaciones concretas para la solución de problemas existentes. (44)

Alcance: Correlacional, porque tiene como finalidad conocer la relación entre las dos variables. (44)

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental debido a que la variable independiente no se manipula porque ya ha sucedido. De corte transversal porque los datos se recolectarán en un solo momento, en un tiempo único. (44)

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: La población a estudiar está compuesta por un total de 82 mujeres encontradas en el padrón del servicio de la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH – SIDA y Hepatitis del Hospital II Pucallpa EsSalud en el periodo del 2022, siendo todas portadoras de VIH.

Muestreo:

Según los objetivos se empleó un censo, por lo mismo que este método de muestreo resulta ser más efectivo en investigaciones donde la población es limitada y manejable. (44)

Número de muestra final:

Se estudió a toda paciente que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión, durante el periodo de enero – diciembre 2022 del servicio de la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH – SIDA y Hepatitis del Hospital II Pucallpa EsSalud. Teniendo un total de 82 mujeres.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Mujeres con VIH ≥ 18 años de edad.
- Incluidas en el Padrón Nominal de la Estrategia Sanitaria.
- Que haya pasado por mínimo un tamizaje de PAP en el año 2022.
- Con cuello uterino intacto hasta la toma de PAP.

Exclusión:

- Antecedente de Histerectomía total anterior al diagnóstico de VIH.
- Muestras de PAP insatisfactoria.
- Historias clínicas incompletas.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Factores asociados.

Definición Operacional: Factores que están relacionados o influyen en la aparición de lesiones cervicales uterinas.

Matriz operacional de la variable 1:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Gineco - Obstétricos	1. Grupo etario	Pregunta N° 1	Ordinal	1: < 30 años 2: 30 – 40 años 3: 41 – 50 años 4: > 50 años
	2. Edad de inicio de relaciones sexuales (IRS)	Pregunta N° 2	Ordinal	1: < 14 años 2: 14 – 17 años 3: 18 – 21 años 4: > 21 años
	3. Número de parejas sexuales	Pregunta N° 3	Ordinal	1: 1 2: 2 - 4 3: 5 - 7 4: > 7
	4. Anticonceptivo Oral	Pregunta N° 4	Nominal	1: No 2: ≥ 5 años 3: < 5 años
Características de la enfermedad	1. Esquema de tratamiento	Pregunta N° 5	Nominal	1: Esquema de primera línea 2: Esquema de segunda línea
	2. Tiempo de tratamiento	Pregunta N° 6	Nominal	1: ≥ 5 años 2: 1 año a < 5 años 3: < 1 año
	3. Adherencia al tratamiento	Pregunta N° 7	Nominal	1: Sí 2: No
	4. Carga viral	Pregunta N° 8	Ordinal	1: Indetectable 2: Detectable
	5. CO- Infecciones	Pregunta N° 9	Nominal	1: No 2: Tuberculosis

				3. Sífilis 4. Otras infecciones oportunistas
Conductuales	1. Uso de preservativo	Pregunta N° 10	Nominal	1: Sí 2: No
	2. Consumo de tabaco	Pregunta N° 11	Nominal	1: Sí 2: No
	3. Población clave	Pregunta N° 12	Nominal	1: Sí 2: No

Variable 2: Lesiones Cervicales Uterinas

Definición Operacional: Son las antecesoras del cáncer cervical y el VPH es el factor de riesgo más importante para su desarrollo.

(45)

Matriz operacional de la variable 2:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
-	1. PAP	Pregunta N° 13	Ordinal	1: Negativo para lesión intraepitelial o malignidad 2: Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) 3: Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H) 4: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL) 5: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) 6: Carcinoma escamoso

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se solicitó permiso al Hospital II – Pucallpa para la ejecución del proyecto de investigación en la Estrategia Sanitaria de ITS-VIH/SIDA y Hepatitis.

La técnica de recolección de datos fue un análisis documental, en el que el instrumento a usar fue una ficha de captura de datos.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

A continuación, se describirá la ficha técnica de los instrumentos a utilizar.

La ficha técnica del instrumento 1 “Factores asociados”.

Población: *Mujeres infectadas por el VIH del Hospital II Pucallpa EsSalud*

Tiempo: *15 días.*

Momento: *Revisión de Historia clínica.*

Lugar: *Hospital II Pucallpa EsSalud.*

Validez: *Historia clínica.*

Fiabilidad: *Valor de alfa de Cronbach.*

Tiempo de llenado: *5 minutos*

Número de ítems: *12 ítems.*

Dimensiones: *Gineco – obstétricas, Infección por el VIH, Conductuales.*

Alternativas de respuesta: *Alternativas múltiples.*

Baremos (niveles, grados) de la variable: *No tiene.*

La ficha técnica del instrumento 2 “Lesiones Cervicales Uterinas”.

Población: *Mujeres infectadas por el VIH del Hospital II Pucallpa EsSalud*

Tiempo: *15 días.*

Momento: *Revisión de Historia clínica.*

Lugar: *Hospital.*

Validez: *Historia clínica*

Fiabilidad: *Valor de alfa de Cronbach.*

Tiempo de llenado: *5 minutos*

Número de ítems: *1 ítems.*

Dimensiones: *No tiene*

Alternativas de respuesta: *Alternativas múltiples.*

Baremos (niveles, grados) de la variable: *No tiene.*

3.7.3. Validación

La validación de un instrumento se refiere al grado de medición del instrumento en relación con el objetivo planteado y sus características para asegurar su confiabilidad. (46, 47) Para la presente investigación se utilizó como instrumento la ficha de captura de datos proveniente de la Historia Clínica el cual es un documento legal y validado a nivel mundial, por ende, no se recurrió al proceso de validación.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad de una herramienta de medición se refiere a su capacidad para producir resultados consistentes cuando se aplica al mismo grupo de sujetos repetidamente en circunstancias idénticas. Esto indica que la herramienta es impermeable a variaciones o

fluctuaciones en la variable que se mide. Por otro lado, no todos los instrumentos requieren confiabilidad, ya que cada tipo de investigación tiene características específicas. (46) Por ende para este tipo de estudio se ha determinado que no requiere pasar por la confiabilidad, debido a que el instrumento a usar es una ficha de captura de datos de la historia clínica del paciente.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El proyecto y los documentos que lo acompañan se redactaron utilizando el software Word. La base de datos fue creada utilizando Excel. El análisis estadístico, incluidas estadísticas descriptivas e inferenciales, tablas de frecuencia y gráficos, se realizó utilizando SPSS versión 25 con un valor alfa de 0,05. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado para determinar la correlación entre las variables de esta indagación.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio tiene un enfoque ético que se considera sin riesgo y se llevó a cabo mediante la captura de datos. El estudio garantiza la privacidad y confidencialidad de los datos personales de los participantes, cumpliendo con la legislación aplicable en materia de protección de datos personales. Además, se respetaron los principios éticos de Respeto a las Personas y Protección, lo que indica que se tuvo en cuenta el bienestar de los participantes y se tomaron medidas para garantizar su protección durante la investigación. La investigación se llevó a cabo de manera ética y responsable, y se protegió la privacidad y seguridad de los participantes.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Se recopiló la información obtenida de la ficha de captura de datos de 82 mujeres infectadas por VIH mediante el programa Microsoft Excel, luego de ello se utilizó el programa SPSS versión 25 con el cual se estimó los valores obtenidos. A continuación, se presenta la tabla con los resultados de las características reproductivas de las mujeres infectadas por VIH.

Tabla 1. Características de salud reproductiva de las mujeres infectadas por VIH. Hospital II de Pucallpa, 2022

Características	Frecuencia	Porcentaje	Media (DE)
Grupo Etario			38,85 (10,69)
< 30 años	15	18,3	
30 – 40 años	39	47,6	
41 – 50 años	15	18,3	
> 50 años	13	15,9	
Inicio de las relaciones sexuales			17,09 (2,52)
< 14 años	2	2,4	
14 - 17 años	48	58,5	
18 - 21 años	25	30,5	
> 21 años	7	8,5	
Número de parejas sexuales			3,65 (2.12)
1	13	15,9	
2 - 4	50	61,0	

5 – 7	15	18,3
> 7	4	4,9
<hr/>		
Anticonceptivo Oral		
No	73	89,0
≥ 5 años	1	1,2
< 5 años	8	9,8
<hr/>		
Uso de preservativo		
Sí	19	23,2
No	63	76,8
<hr/>		

Fuente: Base de datos SPSS, 2023.

En la tabla 1 se observa que la edad media de las pacientes es de 38,85 años (DE = 10,69) y la edad media de la primera relación sexual fue de 17,09 años (DE = 2,52). Asimismo, cincuenta (60,9%) de las mujeres infectadas por el VIH su IRS fue antes de los 18 años. Sesenta y nueve (84,2%) de las participantes del estudio tuvieron más de una pareja sexual en su vida y sobre métodos anticonceptivos el 89,0% (n=73) no usan el anticonceptivo oral y solo el 23,2% (n=19) usan preservativo.

Tabla 2. Características clínicas y conductuales de las mujeres infectadas por VIH. Hospital II de Pucallpa, 2022.

Características	Frecuencia	Porcentaje	Media (DE)
<hr/>			
Esquema de tratamiento			
Primera línea	67	81,7	
Segunda línea	15	18,3	
<hr/>			
Tiempo de tratamiento			4,29 (3,48)
≥ 5 años	34	41,5	
1 año a < 5 años	42	51,2	
< 1 año	6	7,3	
<hr/>			
Adherencia al tratamiento			
Sí	70	85,4	

No	12	14,6
<hr/>		
Consumo de tabaco		
Sí	3	3,7
No	79	96,3
<hr/>		
Coinfecciones		
No	72	87,8
Tuberculosis	1	1,2
Sífilis	9	11,0
<hr/>		
Población clave		
Sí	2	2,4
No	80	97,6

Fuente: Base de datos SPSS, 2023.

En la tabla 2 se observa que el 81,7% de mujeres tienen un esquema de primera línea. Asimismo, el tiempo medio de tratamiento fue de 4,29 años (DE=3,48) y el 85,4% tuvieron una adherencia al tratamiento. Solo el 3,7 % consumían tabaco y más de la mitad (72%) de las mujeres viviendo con VIH no presentaron ninguna coinfección. Solo el 2,4% eran poblaciones clave.

4.1.2. Prueba de hipótesis

FACTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS

Tabla 3. Asociación entre edad y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Sí		No		
		n	%	No	%	
Edad	18-40 años	8	80.0	46	63.9	0.314
	41 a más	2	20.0	26	36.1	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: grupo etario

Hipótesis Nula: La edad no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: La edad se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.314) se encuentra dentro de la zona de aceptación.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (Ho)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (Hi)

Dado que el p-valor resultante es 0.314, se acepta Ho.

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.314, siendo mayor que el valor alfa; por ello, se acepta la hipótesis nula (Ho). Al 95% de confianza, se puede afirmar que la edad no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 4. Asociación entre edad de inicio de relaciones sexuales y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Edad IRS	< 14 años	1	10.0	1	1.4	0.098
	14 a más	9	90.0	71	98.6	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: edad de inicio de relaciones sexuales

Hipótesis Nula: La edad de inicio de relaciones sexuales no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: La edad de inicio de relaciones sexuales se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.098) se encuentra dentro de la zona de aceptación.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.098, se acepta H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.098, siendo mayor que el valor alfa; por ello, se acepta la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que la edad de IRS no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 5. Asociación entre el número de parejas sexuales y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Nro. parejas sexuales	1 a 4	5	50.0	58	80.6	0.032
	5 a más	5	50.0	14	19.4	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: número de parejas sexuales

Hipótesis Nula: El número de parejas sexuales no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: El número de parejas sexuales se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.032) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.032, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.032, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que el número de parejas sexuales se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 6. Asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Uso de AO	Si	7	70.0	2	2.8	0.000
	No	3	30.0	70	97.2	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: uso de anticonceptivos orales

Hipótesis Nula: El uso de anticonceptivos orales no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alternativa: El uso de anticonceptivos orales se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.000) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.000, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.000, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que el uso de anticonceptivos orales se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

FACTORES CARACTERÍSTICOS DE LA ENFERMEDAD

Tabla 7. Asociación entre el esquema de tratamiento antirretroviral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
Esquema tto.		n	%	No	%	
ARV	1ra línea	3	30.0	64	88.9	0.000
	2da línea	7	70.0	8	11.1	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: Esquema de tratamiento

Hipótesis Nula: El esquema de tratamiento antirretroviral no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: El esquema de tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.000) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.000, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.000, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que el esquema de tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 8. Asociación entre el tiempo de tratamiento antirretroviral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Tiempo tto. ARV	5 a más	1	10.0	33	45.8	0.031
	≤ 4 años	9	90.0	39	54.2	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: Tiempo de tratamiento

Hipótesis Nula: El tiempo de tratamiento antirretroviral no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: El tiempo de tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.031) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.031, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.031, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que el tiempo de tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 9. Asociación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Adherencia al tto. ARV	Si	3	30.0	67	93.1	0.000
	No	7	70.0	5	6.9	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: Adherencia al tratamiento

Hipótesis Nula: La adherencia al tratamiento antirretroviral no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: La adherencia al tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estatístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.000) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.000, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.000, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que la adherencia al tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 10. Asociación entre la carga viral y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Carga viral	Detectable	8	80.0	20	27.8	0.001
	Indetectable	2	20.0	52	72.2	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: carga viral

Hipótesis Nula: La carga viral no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: La carga viral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.001) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.001, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.001, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que la carga viral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 11. Asociación entre la coinfección y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Coinfección	Si	6	60.0	4	5.6	0.000
	No	4	40.0	68	94.4	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: coinfección

Hipótesis Nula: La coinfección no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alternativa: La coinfección se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.000) se encuentra dentro de la zona de rechazo.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.000, se rechaza H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.000, siendo menor que el valor alfa; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que la coinfección se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

FACTORES CONDUCTUALES

Tabla 12. Asociación entre el uso de preservativo y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Uso de preservativo	No	10	100.0	53	73.6	0.064
	Si	0	0.0	19	26.4	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: uso de preservativo

Hipótesis Nula: El uso de preservativo no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: El uso de preservativo se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.064) se encuentra dentro de la zona de aceptación.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.064, se acepta H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.064, siendo mayor que el valor alfa; por ello, se acepta la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que el uso de preservativo no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 13. Asociación entre el consumo de tabaco y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Consumo de tabaco	Si	0	0.0	3	4.2	0.511
	No	10	100.0	69	95.8	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: consumo de tabaco

Hipótesis Nula: El consumo de tabaco no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: El consumo de tabaco se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.511) se encuentra dentro de la zona de aceptación.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.511, se acepta H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.511, siendo mayor que el valor alfa; por ello, se acepta la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que el consumo de tabaco no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Tabla 14. Asociación entre población clave y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

		Lesión cervical uterina				p-valor*
		Si		No		
		n	%	No	%	
Población clave	Si	0	0.0	2	2.8	0.594
	No	10	100.0	70	97.2	
Total		10	100.0	72	100.0	

*Chi-cuadrado de Pearson

-Prueba de hipótesis: población clave

Hipótesis Nula: La población clave no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

Hipótesis Alterna: La población clave se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por el VIH.

-Nivel de significancia: 5% (0.05)

-Estadístico de prueba: Chi-cuadrado de Pearson.

-Lectura del error Tabla o cuadro: el p-valor encontrado (0.594) se encuentra dentro de la zona de aceptación.

-Regla de decisión: $p > 0.05$ Acepto Hipótesis Nula (H_0)

$p \leq 0.05$ Rechazo Hipótesis Nula (H_1)

Dado que el p-valor resultante es 0.594, se acepta H_0 .

-Toma de decisión: El p-valor encontrado fue 0.594, siendo mayor que el valor alfa; por ello, se acepta la hipótesis nula (H_0). Al 95% de confianza, se puede afirmar que la población clave no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

4.1.3. Discusión de resultados

La presente investigación titulada “Factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en un hospital, Pucallpa 2022”, tuvo como objetivo general estimar los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH. Los objetivos específicos fueron analizar los factores gineco – obstétricos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH, analizar los factores característicos de la enfermedad asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH, y analizar los

factores conductuales asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.

Temas importantes a tratar, debido que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud pública a nivel mundial (48) y a medida que el VIH progresa, el sistema inmunológico se debilita y el individuo seropositivo puede comenzar a desarrollar diversas infecciones oportunistas y tumores que son poco comunes en personas con un sistema inmunológico sano. (48)

En cuanto a la población femenina con VIH/SIDA, es cierto que pueden presentar diversos cambios celulares y atipias en el área cervicovaginal debido a la inmunosupresión. Estos cambios pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical, por lo que es importante que las mujeres con VIH/SIDA se realicen exámenes de detección del cáncer cervical con regularidad. (48) En base a los resultados encontrados se procedió a realizar el análisis y discusión de los mismos.

En cuanto a los objetivos, el estudio muestra que los resultados de la edad con la aparición de las lesiones cervicales uterinas, un mayor número de casos se detectó antes de los 41 años, resultado similar al estudio de Limenih, et al., donde un mayor número de casos se detectó antes de los 40 años, y no encontró asociación con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH. (13) Al igual que en el estudio de Chíncha que la media de edad fue de 36 años sin asociación. (22)

A diferencia de los datos obtenidos por Palma, et al., y Del Castillo donde la edad influyó de forma significativa en el riesgo de padecer las lesiones intraepiteliales (16, 24) al igual que el estudio de Rodrigues et al., donde destaca que la incidencia de cáncer de cuello de útero aumenta

en las mujeres entre 30 y 39 años. (20) Lo que se evidenció de igual manera en un estudio en población sin VIH, Delgado en su análisis bivariado y multivariado evidenció que ser > 35 años de edad es factor de riesgo para lesiones premalignas de cérvix. (21)

Referente al inicio de las relaciones sexuales, datos obtenidos por Limenih, et al., la edad media de la primera relación sexual de las participantes del estudio fue de 16,77 años (13) así también en el estudio de Rodrigues et al., encontró que el 62,5% de las participantes habían iniciado la actividad sexual antes de los 17 años. (20) Cifras semejantes a este estudio donde se observó que la edad no se asoció significativamente con lesiones precancerosas del cuello uterino y la media del inicio de las relaciones sexuales fue 17,09, y cincuenta (60,9%) de los participantes tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años. Resultados opuestos a estudios en población sin VIH, como en la investigación de Delgado, donde encontró que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 19 años son factores de riesgo, (21) y Quispe, et al., encontró una asociación significativa con el inicio de las relaciones sexuales entre los 14-16 años. (23)

Dentro del número de parejas sexuales, la literatura indica que el tener múltiples parejas sexuales debido a las diferencias culturales aumenta el riesgo de contraer el VPH y, a su vez, el desarrollo de lesiones precancerosas de cuello uterino. (13) En este estudio el 84,2% tuvo más de una pareja sexual y un número medio de parejas sexuales de por vida más de tres encontrándose así que el número de parejas sexuales se asocia con la presencia de lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH, al igual que Limenih, et al. que obtuvo como resultado que tener más de una pareja sexual en su vida, se asoció significativamente con lesiones precancerosas del cuello uterino. (13) Resultados similares a estudios en pacientes sin VIH como en la investigación de Quispe, et al., donde encontró una asociación significativa de los factores de riesgo sexual en pacientes con 2 o más compañeros sexuales. (23) Delgado, en su análisis

bivariado y multivariado evidenció que el número de parejas sexuales ≥ 2 , es factor de riesgo para lesiones premalignas de cérvix (21) y Del Castillo encontró que tener entre 3 a 4 parejas sexuales es un factor de riesgo leve para la aparición de lesiones premalignas de cérvix. (24)

Sin embargo, otras investigaciones en población con VIH como la de Palma, et al. señalan que tener múltiples parejas sexuales no resultó significativo en la aparición de las lesiones intraepiteliales (16) así también Ogu, et al., indicó que tener más de dos personas no está asociada con el cáncer de cuello uterino (18) y Chíncha, encontró que tener 4 a más parejas sexuales no tuvo diferencia significativa. (22)

Dentro del uso del anticonceptivo oral este estudio encontró que el uso de este se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH, al igual que un estudio en pacientes sin VH, Delgado encontró que el uso de anticonceptivos (≥ 5 años) es factor de riesgo de lesiones premalignas de cérvix. (21) Resultados diferentes al de Palma, et al., Chíncha y Del Castillo que encontraron a la anticoncepción oral, como factor indiferente, no teniendo relación con las lesiones uterinas, (16, 22, 24) sin embargo hay que tener en cuenta que estos estudios solo auscultaron el uso o no uso del MAC, y no el tiempo del uso del método.

En este estudio se encontró que el esquema de tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH, ya que se encontró que el 70% de pacientes con lesiones cervicales uterinas contaban con un segundo esquema el cuál es dirigido para pacientes que tienen fracaso virológico. (27) No se encontró otros estudios donde analicen esta relación.

Chíncha, en su estudio no encontró diferencias en el tiempo de tratamiento por VIH y la aparición de lesiones anormales en el cuello uterino, (22) a diferencia de este estudio que

encontró que el tiempo de tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Se observó que el 90% de las mujeres con VIH con una lesión cervical uterina contaban con \leq 4 años de tratamiento, esto puede deberse a la incidencia de una lesión anormal en el cuello uterino, causada por el Virus del Papiloma Humano, este se incrementa con el tiempo, especialmente en los primeros 3.5 años, para luego mantenerse estable u observar la regresión, lo cual dependerá de múltiples factores, como el estado del sistema inmune de la mujer, la adherencia al tratamiento, el tipo de VPH que causa la lesión, y otros factores de riesgo como el tabaquismo. (22)

Se observó en este estudio que la adherencia al tratamiento antirretroviral se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH, teniendo el 70% de las mujeres con lesiones cervicales uterinas una mala adherencia, lo que implica que puede ocasionar un impacto negativo en la disminución de la aparición de lesiones cervicales uterinas, y aumentar la susceptibilidad a infecciones y afecciones asociadas. No se encontró otros estudios donde analicen esta relación.

Aho et al. en su estudio tuvo una población de 369 mujeres infectadas por el VIH en el cuál determinó que uno de los factores de riesgos relacionados con la prueba de Papanicolaou en cuanto a las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado fue una carga viral $> 1,000$ copias/mL (19) al igual que el estudio de Chíncha donde los niveles de carga viral $> 10,000$ copias/mL se correlacionaron con un mayor riesgo de desarrollar displasia cervical y cáncer cervical en comparación con las mujeres con cargas virales menores, resultados concuerdan con los obtenidos en este estudio donde la carga viral se asoció con la presencia de lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por VIH. Una explicación a ello es que la infección

por VIH debilita el sistema inmunológico y puede hacer que el virus del papiloma humano sea más difícil de eliminar del cuerpo pudiendo causar cambios en las células del cuello uterino y si el sistema inmunológico no puede controlar la infección por VPH, las células anormales pueden continuar creciendo y eventualmente convertirse en cáncer cervical, (22) es por ello la importancia de este tipo de estudios en la población femenina infectadas por el VIH debido a la inmunosupresión que la hace propensa a lesiones intraepiteliales escamosas e infección por el VPH. (13) Sin embargo, con un seguimiento médico adecuado, incluyendo exámenes ginecológicos periódicos y la administración temprana de terapia antirretroviral, es posible disminuir el riesgo de progresión de las lesiones cervicales y prevenir la aparición de cáncer cervical. (49) Además, es fundamental seguir las indicaciones del personal médico en cuanto al tratamiento y la prevención de enfermedades relacionadas con el VIH y el VPH, llevando un estilo de vida saludable para fortalecer el sistema inmunológico y disminuir el riesgo de complicaciones y coinfecciones.

Limenih, et al., en su estudio, las mujeres que alguna vez habían tenido antecedentes de ITS tenían aproximadamente 4,04 veces más probabilidades de tener una lesión precancerosa del cuello uterino que aquellas sin antecedentes de ITS. Las posibles explicaciones podrían deberse a la naturaleza de transmisión sexual de la infección por VPH. La coinfección con una ITS en presencia de VPH amplificó el riesgo de lesiones cervicales y carcinogénesis. (13) Al igual que el estudio de Quispe, et al. (23) y Del Castillo (24) en población seronegativa donde encontraron que el haber padecido una ITS fue un factor que se asocia a la aparición de lesiones premalignas, así como en el presente estudio que observó que la coinfección se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH. Dichos resultados difieren a los

encontrados por Chíncha, que indicó que el antecedente de infección de transmisión sexual, no tuvo diferencias significativas. (22)

El uso del condón es una medida efectiva para prevenir infecciones de transmisión sexual, sin embargo, estudios como el de Palma, et al., encontró que el no uso del condón es un factor indiferente para padecer lesiones cervicales uterinas (16) al igual que los resultados encontrados en este estudio donde el uso de preservativo no se asoció con la presencia de lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por VIH. En este estudio 76,8% no usaban preservativo, cifras similares a las que obtuvo Haro et al. donde un 87,1% no usaban el preservativo (7) y en el estudio de Limenih et al. un 56,6% no usaban preservativo siempre. (13)

Palma, et al., en su investigación obtuvieron resultados significativos respecto al tabaquismo. El perjudicial hábito de fumar está vinculado con la manifestación de lesiones cervicales uterinas. Este fenómeno puede atribuirse a los componentes carcinogénicos presentes en el humo producido por la combustión del tabaco, particularmente a la presencia de nicotina y cotinina disueltas en la sangre, las cuales se han detectado en el cérvix y en el moco cervical. El hábito de fumar es calificado por diferentes autores como un factor de riesgo importante en el desarrollo de otros tipos de cáncer y entre ellos el de pulmón, mama y el de cérvix. (16) Los resultados obtenidos en esta investigación no pueden ser comparados con los hallazgos de otros estudios ya que en el presente estudio se encontró que el consumo de tabaco no se asocia con la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH.

Las poblaciones claves según la literatura señala que pueden tener un mayor riesgo para la aparición de lesiones cervicales uterinas debido a un acceso limitado a servicios de atención médica, incluyendo exámenes ginecológicos regulares y pruebas de detección de cáncer cervical, (36) aun así el presente estudio no detectó una asociación entre las poblaciones claves

y la presencia de lesión cervical uterina en mujeres infectadas por VIH. Esto puede deberse al número de mujeres estudiadas que al ser una cantidad menor puede diferir en los resultados, además es importante tener en cuenta que la falta de estudios comparables puede deberse a la novedad de incluir a las poblaciones claves en este tipo de estudios.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Dentro de los factores Gineco-Obstétricos se obtuvo que no existió asociación entre la edad y la edad de IRS con la presencia de lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022, y sí existió asociación entre el número de parejas sexuales y el uso de anticonceptivos orales con la presencia de lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022.
2. Dentro de los factores característicos de la enfermedad se obtuvo que sí existió asociación entre el esquema de tratamiento antirretroviral, el tiempo de tratamiento antirretroviral, la adherencia al tratamiento antirretroviral, la carga viral y la coinfección con la presencia de lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022.
3. Dentro de los factores conductuales se obtuvo que no existió asociación entre el uso de preservativo, el consumo de tabaco y la población clave con la presencia de lesiones

cervicales uterinas en mujeres infectadas por VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022.

5.2 Recomendaciones

1. Es conveniente realizar otros estudios en función de encontrar otros posibles factores de riesgo para desarrollar lesiones cervicales uterinas, con una muestra mucho mayor a la del presente estudio y un amplio cuestionario que englobe más información de características conductuales y características propias de la enfermedad. Es por ello que se recomienda un estudio transversal donde puedan comparar resultados de diferentes pruebas de tamizaje para aumentar la precisión del diagnóstico, como la Prueba Molecular – VPH, colposcopia y biopsia, especialmente en casos sospechosos o en poblaciones de alto riesgo, como es la población femenina con VIH, con personal de salud capacitado correctamente para la toma e interpretación citopatológica de la muestra. Ello permitirá ampliar la información de la efectividad de estas pruebas y factores de riesgo para desarrollar estas lesiones en la población en estudio.
2. Se recomienda tomar en cuenta los resultados del presente estudio ya que aborda dos problemas de salud pública, el VIH y cáncer de cuello uterino, el cual puede contribuir en las políticas públicas que se han creado a través de los años para la prevención y tamizaje de cáncer de cuello uterino, como el Plan Nacional de Cuidados Integrales e Cáncer.
3. La terapia antirretroviral puede ayudar a disminuir la incidencia de lesiones cervicales y cáncer del cuello uterino en mujeres que viven con VIH. La TAR puede ayudar a mejorar la salud del sistema inmunológico de las personas que viven con VIH, reduciendo así el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas con la inmunodeficiencia, como el cáncer

de cuello uterino. Además, la TAR también puede reducir la carga viral de VIH en el cuerpo, por ello se recomienda el inicio temprano de la TAR y su adherencia ya que puede ayudar a prevenir la progresión de las lesiones cervicales a cáncer de cuello uterino.

4. La detección temprana del cáncer de cuello uterino es fundamental para reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres VIH positivas y negativas. Por lo tanto, es sustancial que las mujeres con VIH sean monitoreadas periódicamente para detectar la presencia de VPH y lesiones cervicales anormales. Es por ello que la incorporación de pruebas de VPH en el programa de detección de cáncer de cuello uterino es importante, debido a que en ocasiones una prueba de papanicolaou requiere una mayor frecuencia de pruebas y puede perder cambios celulares precancerosos, sin embargo, la detección del VPH es más sensible y puede detectar el virus antes de que se produzcan cambios celulares precancerosos.
5. Es importante tener en cuenta que la investigación científica es un proceso continuo y en constante evolución, y que los resultados pueden variar dependiendo de los estudios y las poblaciones estudiadas, por ello es crucial realizar más investigaciones en mujeres que viven con el VIH para obtener información más profunda sobre los factores que conducen al desarrollo de lesiones cervicales uterinas. Esto permitirá una mejor prevención y tratamiento de estas lesiones.

REFERENCIAS

1. Who.int. Cáncer cervicouterino. [Internet]. Ginebra:WHO; [consultado 11 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cervical-cancer>
2. Who.int. Cáncer cervicouterino. [Internet]. Ginebra:WHO; 20 de enero del 2022 [revisado 2 de junio de 2018; consultado 11 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. Iarc.fr. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. Hojas de datos mundiales. Fuente de cáncer: Globocan 2020. [Internet]. Ginebra:WHO; [consultado 11 de julio 2022]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=4&ages_group%5B%5D=12&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0
4. Tokumoto VF, Vidarte PJ. Factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino: análisis secundario, ENDES 2019. [Tesis para optar el grado académico de médico cirujano]. Lima:URP; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5124>
5. Iarc.fr. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. Hojas de datos mundiales. Hoja informativa sobre el cuello uterino: Globocan 2020. [Internet]. Ginebra:WHO; [consultado 14 de julio 2022]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=604&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group

p_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pic=0&donut=0#collapse-group-0-1

6. Ministerio de salud Argentina. Test VPH en estrategia de screening primario para detección de cáncer cervicouterino. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Internet]. Argentina:Ministerio de salud Argentina; marzo del 2021. [consultado 14 de julio 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150458/informe-11-test-vph-marzo-2021.pdf>
7. Haro LC. Frecuencia de lesiones cervicouterinas diagnosticadas con la técnica de Papanicolaou en pacientes portadoras de VIH-sida en el Hospital General Enrique Garcés en el periodo 2009-2017. [Tesis para optar el grado académico de licenciado en Laboratorio Clínico e Histotecnológico]. Quito: UCE;2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15395/1/T-UCE-0006-LC035-2018.pdf>
8. Instituto Nacional del Cáncer. Causas, factores de riesgo y prevención del cáncer de cuello uterino. [Internet]. Maryland.:NIH; 03 de marzo del 2023 [consultado 01 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/causas-factores-riesgos-prevencion>
9. Trigozo GJ, Torres TA. Principales factores de riesgo asociados a lesiones Precancerosas de Cuello Uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, octubre 2016 – febrero 2017. [Tesis para optar el grado académico de licenciado en obstetricia]. Perú: UNSM; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/2725/1/OBSTETRICIA%20-%20Julio%20Cesar%20Trigozo%20Garcia%20%20%26%20Alfor%20Torres%20Tanta.pdf>

10. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):161–9.
11. Ulloa OP, Palomeque BJ, Ronquillo TS. Mujeres con VIH y su asociación con atipia y lesiones intraepiteliales del cérvix en Guayaquil, Ecuador. *Rev Méd Sinerg*. 2019;4(11):298.
12. Li H, Chi X, Li R, Ouyang J, Chen Y. HIV-1-infected cell-derived exosomes promote the growth and progression of cervical cancer. *Int J Biol Sci*. 2019; 15(11):2438-2447.
13. Limenih SK, Worke MD, Gebresilasie KZ, Abadi MB. Precancerous lesions of cervix among women infected with HIV in Referral Hospitals of Amhara Region, Northwest Ethiopia: a cross sectional study. *Afr Health Sci*. 2019;19(1):1695–704.
14. OPS. Cáncer cervicouterino en las mujeres con el VIH de américa latina y el caribe. Actualización y pasos para su eliminación. [Internet]. Washington:OPS; 2021 [consultado 12 de setiembre 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55707/OPSCDEHT210018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Pallavi RB, Raghavendran A, Vinotha T, Priscilla R, Manu C, Pulimood S, et al. Evaluating the PGMY-centre hospitalier universitaire vaudois assay as a cost-effective tool for human papillomavirus genotyping in HIV-infected women. *Indian J Med Microbiol*. 2019; 37(4):542–8.
16. Palma OM, Romero FA, Torres MA. Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Rev. Finlay*. 2019; 9(4): 291-305.

17. Gupta K, Philipose CS, Rai S, Ramapuram J, Kaur G, Kini H, et al. A Study of Pap Smears in HIV-Positive and HIV-Negative Women from a Tertiary Care Center in South India [resumen]. *Acta Cytol.* 2019;63(1):50-55.
18. Ogu CO, Achukwu PU, Nkwo PO. Prevalence and Risk Factors of Cervical Dysplasia among Human Immunodeficiency Virus Sero-Positive Females on Highly Active Antiretroviral Therapy in Enugu, Southeastern, Nigeria. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(10):2987-2994.
19. Aho I, Kivelä P, Haukka J, Sutinen J, Heikinheimo O. Declining prevalence of cytological squamous intraepithelial lesions of the cervix among women living with well-controlled HIV - Most women living with HIV do not need annual PAP smear screening. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(11):1330-1337.
20. Rodrigues GB, Holzmann FA, Santos PeA, Lima CA, Gonçalves FR, Santos PS. Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres con VIH/SIDA. *Enferm Glob.* 2016;15(44): 1-12.
21. Delgado TM. Factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix. [Tesis para optar el grado académico de licenciado en medicina]. Perú: UPAO;2020. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6106/1/REP_MEHU_MARIA.DELGADO_FACTORES.RIESGO.LESIONES.PREMALIGNAS.CERVIX.pdf
22. Chíncha LO. Factores asociados a un resultado de citología anormal de cuello uterino en mujeres con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital nacional de tercer nivel en Lima-Perú, durante los años 2012-2015. [Tesis para optar el grado académico de maestro en control de enfermedades infecciosas y tropicales]. Lima:UPCH; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7309>

- 23.** Quispe GM, Valencia VC, Rodríguez FA, Salazar QP. Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del Cuello Uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015. Rev. UNASAM.2018; 11(1): 81-94.
- 24.** Del Castillo OL. Factores de riesgo y lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este distrito de Tarapoto 2015-2016. [Tesis para optar el grado académico de maestro en salud pública]. Perú: UNSM;2017. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/2690/5/FACTORES%20DE%20RIESGO%20Y%20LESIONES%20PREMALIGNAS%20DE%20CERVIX%20EN%20MUJERES%20ATENDIDAS%20EN%20EL%20CENTRO%20DE%20SALUD%20PU.pdf>
- 25.** MINSA. Directiva sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ. [Internet]. Perú:MINSA; 26 de junio de 2019 [consultado 12 de setiembre 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/337895/resolucion-ministerial-576-2019-minsa.PDF>
- 26.** Lucas JE. Factores de riesgo del desarrollo de lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 20 a 60 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - Periodo 2017-2018. [Tesis para optar el grado académico de licenciado en medicina]. Perú:UPSJB;2019. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2167/T-TPMC-ELMER%20RICARDO%20LUCAS%20JARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 27.** Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). NTS N° 169, (10 de diciembre de 2020).
- 28.** EsSalud. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. [Internet]. Perú:EsSalud; febrero de 2011 [consultado 12 de setiembre 2022]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_c_cuello_uterino2011.pdf
- 29.** Caballero CM. Factores epidemiológicos y ginecoobstétricos de riesgo para lesión intraepitelial de alto grado en pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla 2015-2017. [Tesis para optar el grado académico de licenciado en medicina]. Perú:URP;2018. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1222/27%20MCABALLERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 30.** Aviles BS, Gonzalo DW, Mejía CA. Factores de riesgo asociados a las anomalías cervico-uterinas en el papanicolaou realizado en un centro especializado neoplásico, Concepción-Huancayo, 2020 – 2021. [Tesis para optar el grado académico de licenciado en medicina]. Perú:UC;2023. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12926/8/IV_FCS_502_T_E_Aviles_Gonzalo_Mejia_2023.pdf
- 31.** Who.int. HIV and AIDS. [Internet]. Ginebra:WHO; 27 de julio del 2022 [consultado 28 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 32.** Who.int. HIV and AIDS. [Internet]. Ginebra:WHO; 27 de julio del 2022 [consultado 28 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

33. Notario DC; Gómez LM; Marcos LA; Proy VB. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2022;10(26).
34. Orta MN, Guna SM, Latorre MJ, Ruiz BE, Belda AM, Rosario OM, et al. Análisis de resultados del Programa de Control de Calidad Externo SEIMC de carga viral del VIH-1, VHC y VHB. AÑO 2018. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020; 38(1): 67-72.
35. Díaz AE. Eficacia del TARGA en relación al recuento de CD4 y carga viral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de PROCETSS del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, periodo 2015-2017. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en medicina interna]. Perú: UNPRG;2019. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/4096/BC-TES-TMP-2924.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Sánchez FJ. Prevención, diagnóstico y atención del VIH en grupos de población clave [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021. [consultado 20 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-01/03.%20Prevenci%C3%B3n%20de%20diagn%C3%B3stico%20y%20atenci%C3%B3n%20del%20VIH%20en%20grupos%20de%20poblaci%C3%B3n%20clave.%20Pautas%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20de%20Salud.pdf>
37. Ministerio de salud Argentina. Test VPH en estrategia de screening primario para detección de cáncer cervicouterino. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Internet]. Argentina:Ministerio de salud Argentina; marzo del 2021. [consultado 14 de julio 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150458/informe-11-test-vph-marzo-2021.pdf>

38. Prado PJ, Hernández PI, Uvalcaba LJ, Ceruelos HM. VPH: Generalidades, prevención y vacunación. JONNPR. 2021; 6(2):283-292.
39. OPS. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. [Internet]. Washington:OPS; 2016 [consultado 01 de setiembre 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf
40. MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. [Internet]. Perú:MINSA; junio de 2017 [consultado 06 de setiembre 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
41. Moreno BM. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. Rev Obstet Ginecol Venez. 2017; 77(1): 58-66.
42. Barboza QO. Una revisión al sistema Bethesda 2014 para el reporte de citología ginecológica. Patología Rev Latinoam. 2018; 56(4):233-37.
43. Sanchez FF. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Rev Digit Invest Docencia Univ. 2019; 13(1):102-122.
44. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. [Internet]. México:McGraw – Hill; 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0. 600 P.
45. González-Yebra B, Mojica-Larrea M, Alonso R, González AL, Romero-Morelos P, Taniguchi-Ponciano K, et al. Perfil de infecciones por VPH en lesiones cervicales. Gac Med Mex. 2022; 158(4).
46. Useche, M, Artigas, W, Queipo, B, Perozo, É Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos. Colombia: Gente Nueva; 2019. ISBN: 978-956-6037-04-0. 86 P.
47. Bernal CA. Metodología de la Investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Colombia: PEARSON; 2016. ISBN: 978-958-699-128-5. 320 P.

48. Marañón CT, Mastrapa CK, Poulut DT, Vaillant LL, Puente SV. Características clínico-epidemiológicas, colposcópicas y citológicas en pacientes VIH/sida atendidas en consulta de patología de cuello. Rev Cuba de Obstet. 2021;47 (1).

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Estimar los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe asociación entre los factores asociados y lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>	<p>VARIABLE 1 Factores asociados</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gineco - Obstétricos 2. Características de la enfermedad 3. Conductuales 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Aplicada.</p> <p>MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN No experimental, transversal correlacional.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuáles son los factores gineco – obstétricos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Analizar los factores gineco – obstétricos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>1. Existe asociación entre los factores gineco – obstétricos y las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>	<p>VARIABLE 2 Lesiones Cervicales Uterinas</p> <p>Dimensiones: No tiene</p>	<p>POBLACIÓN Mujeres viviendo con el VIH</p> <p>MUESTREO Muestreo censal</p> <p>MUESTRA Toda mujer viviendo con el VIH que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

<p>2. ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?</p>	<p>2. Analizar los factores característicos de la enfermedad asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>	<p>2. Existe asociación entre los factores característicos de la enfermedad y las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>		
<p>3. ¿Cuáles son los factores de conductas de riesgos asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH en el Hospital II Pucallpa EsSalud 2022?</p>	<p>3. Analizar los factores conductuales asociados a las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>	<p>3. Existe asociación entre los factores conductuales y las lesiones cervicales uterinas en mujeres infectadas por el VIH.</p>		

Anexo 2: Instrumentos

Ficha: _____

INSTRUMENTO PROPIAMENTE

DICHO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE

DATOS QUE MIDE LOS FACTORES

ASOCIADOS

A. GINECO-OBSTÉTRICOS

1. Grupo etario

- 1: < 30 años
- 2: 30 - 40 años
- 3: 41- 50 años
- 4: > 50 años

2. Inicio de las relaciones sexuales

- 1: < 14 años
- 2: 14 – 17 años
- 3: 18 – 21 años
- 4: > 21 años

3. Número de parejas sexuales

- 1: 1
- 2: 2 - 4
- 3: 5 - 7
- 4: > 7

4. Anticonceptivo oral

- 1: No
- 2: ≥ 5 años
- 3: < 5 años

B. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

5. Esquema de tratamiento

- 1: Esquema de primera línea
- 2: Esquema de segunda línea

6. Tiempo de tratamiento

- 1: ≥ 5 años
- 2: 1 año a < 5 años
- 3: < 1 año

7. Adherencia al tratamiento

- 1: Sí
- 2: No

8. CV

- 1: Indetectable
- 2: Detectable

9. CO-Infecciones

- 1: No
- 2: Tuberculosis
- 3: Sífilis
- 4. Otras infecciones oportunistas

C. CONDUCTUALES

10. Uso de preservativo

- 1: Sí
- 2: No

11. Consumo de tabaco

- 1: Sí
- 2: No

12. Población clave

- 1: Sí
- 2: No

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS QUE MIDE LAS LESIONES CERVICALES
UTERINAS.

PAPANICOLAOU

13. Reporte citológico

- 1: Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- 2: Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
- 3: Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
- 4: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL)
- 5: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL)
- 6: Carcinoma escamoso

**Anexo 3: Carta de aprobación de la institución para la RECOLECCIÓN DE DATOS,
PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS, USO DEL NOMBRE**



"Año de Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lima, 7 de diciembre de 2022

CARTA N° 632-EPG-UPNW

Dr. Lucas Borja Roa
Director Ejecutivo
Red Asistencial de ESSALUD - UCAYALI
Av. Lloque Yupanqui N° 510 – Pueblo Joven 9 de Octubre
Pucallpa.-

ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la egresada de la Maestría en Salud Pública; Adela Liz Timoteo Inga, con código de matrícula N° 2020900644, con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos en historias clínicas y padrón nominal de las pacientes mujeres infectadas por el VIH del Hospital II-Pucallpa.

Toda la información que solicita la tesista Adela Liz Timoteo Inga es para la elaboración de su proyecto de investigación denominado: "PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE LESIONES CERVICALES Y CARGA VIRAL EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIH EN UN HOSPITAL PUCALLPA 2022" dirigido por el asesor de tesis, Dr. Félix Alberto Caycho Valencia, para la obtención del grado académico de Maestro en Salud Pública.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Dr. Guillermo Raffo Ibarra
Director de la Escuela de Posgrado
Universidad Norbert Wiener

KLL

NOTA N° 1062 -D-RAUC-ESSALUD-2022

Pucallpa, 21 de Diciembre de 2022

Señora
Obst. ADELA LIZ TIMOTEO INGA
D.N.I.: 71697266
Presidente.-



REFERENCIA: a) NOTA N° 46-OC-OPC-D-RAUC-ESSALUD-2022
b) CARTA N° 001-2022/ATI-OBST

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y en atención a los documentos indicados en la referencia, esta Dirección de Red Asistencial Autoriza la ejecución de su trabajo de Investigación en el Hospital II EsSalud Pucallpa denominado “PREVALENCIA Y ASOCIACION DE LESIONES CERVICALES Y CARGA VIRAL EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIH EN UN HOSPITAL DE PUCALLPA 2022”, teniendo en cuenta las medidas de Bioseguridad dictadas por la Pandemia.





Cabe indicar que, deberá alcanzar a nuestra Institución un ejemplar de su trabajo de investigación una vez concluido.

Cualquier coordinación respecto al mismo, sírvase apersonarse a la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación o comunicarse al Numero de Celular 985489564.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente,



.....
Dr. Lucas Renato M. Borjas Roa
DIRECTOR
RED ASISTENCIAL UCAYALI


LRMBR/
Archivo + O.P.C. + CDI
NIT: 1277-2022-9503

Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin

Anexo 5: Base de datos

	GINECO-OBSTÉTRICOS				CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD					CONDUCTUALES			LESIONES CERVICALES UTERINAS
SUJETO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
2	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
4	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
5	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
6	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
7	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
8	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
9	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
10	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
11	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1
12	4	4	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1
13	3	4	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
14	2	2	4	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
15	2	3	3	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
16	4	3	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
17	3	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
18	1	2	4	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
19	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	4
20	1	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	2	1
21	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	2	1
22	4	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
23	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
24	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
25	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
26	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
27	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
28	3	3	3	1	1	2	1	1	3	2	2	2	1
29	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
30	4	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1
31	1	2	2	1	1	2	1	1	3	1	2	2	1
32	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
33	2	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1

34	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1
35	3	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
36	4	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2
37	2	2	3	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
38	1	2	2	1	1	3	1	2	1	2	2	2	1
39	4	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
40	4	2	3	1	1	3	1	2	1	2	2	2	1
41	2	4	2	1	1	1	1	2	3	2	2	2	1
42	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
43	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
44	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1
45	2	4	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1
46	4	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
47	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
48	2	3	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1
49	2	2	4	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
50	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
51	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
52	3	3	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1
53	4	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
54	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
55	1	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1
56	2	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1
57	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
58	2	2	3	1	1	3	2	2	1	2	2	2	1
59	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
60	2	2	3	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
61	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
62	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
63	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
64	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
65	2	3	2	1	1	3	1	2	1	2	2	2	1
66	3	3	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1
67	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
68	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
69	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
70	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
71	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2
72	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
73	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
74	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1

75	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
76	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
77	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
78	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
79	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
80	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
81	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
82	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2

LEYENDA:

GINECO- OBSTÉTRICOS	1. Grupo etario	< 30 años 1	30 - 40 años 2	41 - 50 años 3	> 50 años 4
	2. Inicio de las relaciones sexuales	< 14 años 1	14 – 17 años 2	18 – 21 años 3	> 21 años 4
	3. Número de parejas sexuales	1 1	2 - 4 2	5 - 7 3	> 7 4
	4. Anticonceptivo oral	No 1	≥ 5 años 2	< 5 años 3	

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD	5. Esquema de tratamiento	Esquema de primera línea 1	Esquema de segunda línea 2	
	6. Tiempo de tratamiento	≥ 5 años 1	1 año a < 5 años 2	< 1 año 3
	7. Adherencia al tratamiento	Sí 1	No 2	
	8. CV	Indetectable 1	Detectable 2	

		No 1	Tuberculosis 2	Sífilis 3	Otras infecciones oportunistas 4
	9. CO-Infecciones				

CONDUCTUALES		Sí 1	No 2
	10. Uso de preservativo		
		Sí 1	No 2
	11. Consumo de tabaco		
		Sí 1	No 2
	12. Población clave		

LESIONES CERVICALES UTERINAS.	13. Reporte citológico	Negativo para lesión intraepitelial o malignidad 1	ASC-US 2	ASC-H 3	LSIL 4	HSIL 5	Carcinoma escamoso 6
-------------------------------------	---------------------------	--	-------------	------------	-----------	-----------	----------------------------