

Factores de riesgo y prácticas preventivas frente al virus del papiloma humano en mujeres de 18 a 49 años en América Latina: una revisión de literatura, 2018–2025

Risk Factors and Preventive Practices Regarding Human Papillomavirus Among Women Aged 18–49 Years in Latin America: A Literature Review, 2018–2025

Fattori di rischio e pratiche preventive nei confronti del papillomavirus umano nelle donne di età compresa tra 18 e 49 anni in America Latina: revisione della letteratura, 2018–2025

Encalada Campos Grecia Elizabeth
gencaladac@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4550-0063>

Espinoza Gallardo Erika Cristina
eespinozag7@unemi.edu
<https://orcid.org/0009-0000-0097-3548>

Ordinola Arias Jenniffer Alejandra
Jordinolaa@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-9892-957X>

Venegas Mosquera Ivani Naomi
ivenegasm@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-6810-5649>

Sauce Castañeda Karen Nohely
ksaucec@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0005-0413-9928>

Correspondencia: gencaladac@unemi.edu.ec

Artículo de Investigación

*** Recibido:** 20 de julio de 2026 ***Aceptado:** 24 de agosto de 2026 *** Publicado:** 01 de septiembre de 2026

- I. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- II. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- III. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- IV. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- V. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.

Resumen

El virus del papiloma humano (VPH) constituye una infección de transmisión sexual frecuente y la persistencia de genotipos de alto riesgo es el evento etiológico central en el desarrollo de lesiones cervicales precursoras y cáncer cervicouterino. El objetivo fue analizar los factores de riesgo y las prácticas preventivas frente al VPH reportados en mujeres de 18 a 49 años en América Latina entre 2018 y 2025. Se realizó una revisión de literatura descriptivo-analítica a partir de 500 registros exportados de Dimensions, complementada con verificación por DOI, PubMed, SciELO y sitios editoriales. Tras depuración, cribado y evaluación de elegibilidad se incluyeron 12 estudios de siete países; los trabajos con rangos etarios más amplios se utilizaron únicamente cuando permitían extraer resultados pertinentes al grupo objetivo. Los hallazgos vincularon la infección o las lesiones cervicales, según el desenlace evaluado, con múltiples parejas sexuales, antecedentes sexuales de la pareja, inicio sexual temprano en algunos estudios, coinfección por *Chlamydia trachomatis* y determinados antecedentes ginecoobstétricos. La prevención mostró heterogeneidad: las intervenciones educativas mejoraron el conocimiento, la autotoma alcanzó alta aceptabilidad en Perú y persistieron brechas en vacunación, tamizaje y seguimiento. Se concluye que la prevención efectiva requiere combinar educación sexual, vacunación, reducción de exposiciones, tamizaje basado en riesgo y continuidad asistencial, considerando desigualdades entre países y territorios.

Palabras clave: Infecciones por Papillomavirus; Virus del Papiloma Humano; Factores de Riesgo; Prevención Primaria; Mujeres.

Abstract

Human papillomavirus (HPV) is a common sexually transmitted infection, and persistent infection with high-risk genotypes is the central etiologic event in the development of cervical precancerous lesions and cervical cancer. This review aimed to analyze HPV-related risk factors and preventive practices reported among women aged 18–49 years in Latin America between 2018 and 2025. A descriptive-analytical literature review was conducted using 500 records exported from Dimensions, complemented by DOI, PubMed, SciELO, and publisher-site verification. After deduplication, screening, and eligibility assessment, 12 studies from seven countries were included; studies with broader age ranges were used only when findings relevant to the target age group could be extracted. Depending on the outcome assessed, HPV infection or cervical lesions were associated with multiple sexual partners, partners' sexual history, early sexual debut in some studies, *Chlamydia trachomatis* coinfection, and selected gynecologic-obstetric factors. Preventive practices were heterogeneous: educational interventions improved knowledge, self-sampling showed high acceptability in Peru, and important gaps persisted in vaccination, screening, and follow-up. Effective prevention therefore requires a combination of sexual-health education, vaccination, exposure-risk reduction, risk-appropriate screening, and continuity of care, while accounting for inequalities among Latin American countries and territories.

Keywords: Papillomavirus Infections; Human Papillomavirus Viruses; Risk Factors; Primary Prevention; Women.

Riassunto

Il papillomavirus umano (HPV) è una comune infezione sessualmente trasmessa e la persistenza dei genotipi ad alto rischio rappresenta l'evento eziologico centrale nello sviluppo delle lesioni cervicali precancerose e del carcinoma della cervice uterina. L'obiettivo della revisione è stato analizzare i fattori di rischio e le pratiche preventive relative all'HPV riportati nelle donne di 18–49 anni in America Latina tra il 2018 e il 2025. È stata condotta una revisione descrittivo-analitica della letteratura a partire da 500 record esportati da Dimensions, integrata dalla verifica tramite DOI, PubMed, SciELO e siti editoriali. Dopo deduplicazione, screening e valutazione di eleggibilità sono stati inclusi 12 studi di sette paesi; gli studi con intervalli di età più ampi sono stati utilizzati soltanto quando consentivano di estrarre risultati pertinenti alla popolazione target. A seconda dell'esito studiato, l'infezione da HPV o le lesioni cervicali risultavano associate a partner sessuali multipli, storia sessuale del partner, esordio sessuale precoce in alcuni studi, coinfezione da *Chlamydia trachomatis* e specifici fattori gineco-ostetrici. Le pratiche preventive erano eterogenee: gli interventi educativi miglioravano le conoscenze, l'autoprelievo mostrava elevata accettabilità in Perù e permanevano lacune nella vaccinazione, nello screening e nel follow-up. Una prevenzione efficace richiede quindi strategie integrate e sensibili alle disuguaglianze regionali.

Parole chiave: Infezioni da Papillomavirus; Papillomavirus umano; Fattori di rischio; Prevenzione primaria; Donne.

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) comprende un grupo amplio de virus con tropismo por epitelios cutáneos y mucosos y constituye una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce alrededor de 200 tipos de VPH conocidos y señala que, en la mayoría de las personas, la respuesta inmunitaria controla la infección sin que esta progrese a enfermedad clínicamente relevante; por ello, infección por VPH, infección persistente, lesión intraepitelial y cáncer cervicouterino no son conceptos equivalentes (World Health Organization [WHO], 2024). Los genotipos se diferencian por su potencial oncogénico: los tipos de bajo riesgo se asocian principalmente con lesiones benignas, mientras que determinados genotipos de alto riesgo pueden persistir y participar en la carcinogénesis cervical. La persistencia de VPH de alto riesgo, y no una infección transitoria aislada, constituye el requisito etiológico fundamental para la mayoría de los cánceres cervicouterinos; el proceso suele transitar

por alteraciones precursoras detectables antes de la enfermedad invasiva. Esta historia natural explica por qué el VPH debe abordarse como un problema de salud pública femenina mediante estrategias que actúen tanto antes de la adquisición como durante la detección y manejo de infecciones de alto riesgo y lesiones precursoras (WHO, 2021, 2024).

La adquisición del VPH y la persistencia o progresión cervical obedecen a conjuntos de factores parcialmente distintos. La exposición sexual está vinculada de forma consistente con la probabilidad de infección: un mayor número de parejas, nuevas parejas y la historia sexual de la pareja incrementan las oportunidades de contacto con el virus, mientras que el preservativo reduce el riesgo sin eliminarlo por completo debido a que no cubre toda la superficie anogenital susceptible. En mujeres jóvenes de Costa Rica, la infección oncogénica se asoció con más de una pareja sexual, coinfección por *Chlamydia trachomatis* y, entre quienes declararon una sola pareja de por vida, con antecedentes de múltiples parejas en el compañero sexual (Carvajal et al., 2023). En universitarias peruanas, el número de parejas sexuales se relacionó con VPH de alto riesgo, mientras que la edad, el inicio sexual y el método anticonceptivo no mostraron asociación significativa en ese estudio particular (Manrique-Hinojosa et al., 2018). En contraste, factores como tabaquismo, inmunosupresión, multiparidad o determinadas exposiciones hormonales se interpretan con mayor propiedad como cofactores potenciales de persistencia o progresión cuando la evidencia así lo demuestra, y no deben atribuirse indiscriminadamente a la adquisición del virus. Estudios ecuatorianos con rangos etarios más amplios han señalado asociaciones con variables biológicas, reproductivas y de acceso, pero su extrapolación al grupo de 18–49 años exige cautela (Roman et al., 2023).

Las prácticas preventivas frente al VPH abarcan intervenciones primarias y secundarias que son complementarias, pero conceptualmente diferentes. La prevención primaria incluye la vacunación profiláctica, la educación sexual, la reducción de exposiciones evitables y el uso de preservativo como medida de reducción del riesgo; la vacuna previene infecciones por los genotipos incluidos en su formulación, pero no ofrece protección absoluta frente a todos los tipos virales. En la Región de las Américas, la OPS ha impulsado la ampliación de los programas de vacunación y la adopción de esquemas simplificados en las edades priorizadas por los programas nacionales (Pan American Health Organization [PAHO], 2023). La prevención secundaria se basa en el tamizaje y el

seguimiento: la citología identifica alteraciones celulares, mientras que las pruebas moleculares detectan VPH de alto riesgo y permiten estratificar el riesgo según el algoritmo aplicado. En consecuencia, el Papanicolaou y la prueba de VPH no impiden directamente adquirir el virus; su finalidad es reconocer infección de alto riesgo o lesiones precursoras y facilitar el tratamiento oportuno. La OMS recomienda priorizar estrategias de tamizaje basadas en pruebas de VPH de alta sensibilidad dentro de programas capaces de asegurar triaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (WHO, 2021).

En América Latina, la efectividad de estas medidas depende de sistemas sanitarios y contextos sociales heterogéneos. La disponibilidad de vacunación, el tipo de prueba utilizada para tamizaje, la periodicidad recomendada, la capacidad de seguimiento y el acceso geográfico varían entre países e incluso entre regiones dentro de un mismo país. La revisión regional de Sousa Gomes et al. (2023) documentó diferencias entre recomendaciones nacionales de vacunación y tamizaje en Sudamérica, mientras que experiencias programáticas de Argentina mostraron que incorporar la prueba de VPH puede mejorar componentes del tamizaje, pero no resuelve por sí sola problemas de continuidad, triaje y organización de los servicios (Arrossi, 2019; Paolino et al., 2020). En zonas rurales de Ecuador, las mujeres han descrito barreras relacionadas con accesibilidad, información, experiencias con la toma de muestras y percepciones sobre cáncer cervicouterino y VPH (Bautista-Valarezo et al., 2022). Por ello, las brechas de educación, estigma, disponibilidad de servicios, costos directos o indirectos y distancia no deben interpretarse como características uniformes de “la mujer latinoamericana”, sino como determinantes contextuales que modifican las oportunidades de prevención en poblaciones específicas.

La evidencia publicada entre 2018 y 2025 muestra avances simultáneos en vacunación, pruebas moleculares, autotoma y estrategias educativas, pero también una producción científica desigual entre países y una tendencia a estudiar poblaciones con rangos etarios, diseños y desenlaces muy diversos. Esta heterogeneidad dificulta responder con precisión qué factores se asocian con la infección por VPH, cuáles se relacionan con persistencia o lesiones y qué prácticas preventivas son realmente adoptadas por mujeres adultas que, en muchos contextos, se encuentran fuera de los programas rutinarios de vacunación escolar. Por ello, el objetivo de esta revisión fue analizar los factores de riesgo y las prácticas preventivas frente al VPH reportados en mujeres de 18 a 49 años

en América Latina, diferenciando adquisición de infección, persistencia, alteraciones cervicales y acciones de prevención primaria y secundaria. Con este propósito se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los principales factores de riesgo y las prácticas preventivas frente al virus del papiloma humano identificados en mujeres de 18 a 49 años en América Latina según la literatura científica publicada entre 2018 y 2025?

Metodología

Se realizó una revisión de literatura científica de enfoque descriptivo-analítico. No se la denominó revisión sistemática, scoping review ni revisión integrativa, porque el propósito fue efectuar una síntesis estructurada de la evidencia recuperada y verificada sin asumir requisitos metodológicos no ejecutados. La unidad de análisis estuvo constituida por publicaciones científicas sobre factores asociados al VPH, conocimientos y prácticas preventivas en mujeres latinoamericanas, con énfasis en el rango de 18 a 49 años. El periodo de publicación se restringió a 2018–2025 y se consideraron trabajos en español, inglés y portugués.

La búsqueda principal se efectuó en Dimensions y fue exportada el 30 de agosto de 2026. La cadena aplicada combinó términos en español para VPH, factores de riesgo, conductas sexuales, prevención, vacunación, tamizaje y mujeres, junto con los términos América Latina, Latinoamérica y nombres de países de la región: ("virus del papiloma humano" OR VPH) AND ("factores de riesgo" OR "factores asociados" OR "conductas sexuales" OR "prácticas sexuales" OR "inicio sexual temprano" OR "múltiples parejas sexuales" OR tabaquismo OR prevención OR "prácticas preventivas" OR "medidas preventivas" OR vacunación OR "vacuna contra el VPH" OR tamizaje OR "criado cervical" OR Papanicolaou OR "prueba de VPH") AND (mujeres OR mujer) AND ("América Latina" OR Latinoamérica OR Argentina OR Bolivia OR Brasil OR Chile OR Colombia OR Ecuador OR Paraguay OR Perú OR Uruguay OR Venezuela OR México). Para mejorar la sensibilidad conceptual se consideraron como equivalentes de verificación los descriptores DeCS/MeSH Papillomavirus Infections, Human Papillomavirus Viruses, Risk Factors, Papillomavirus Vaccines, Mass Screening, Early Detection of Cancer, Primary Prevention y Women, además de términos libres como sexual behavior, preventive practices, HPV testing, Pap smear, knowledge y awareness.

La exportación inicial contenía 500 registros. Se eliminó una versión duplicada/prepublicada del mismo trabajo y se cribaron 499 títulos y resúmenes. Se excluyeron 470 registros por no corresponder al objetivo, por abordar poblaciones o desenlaces incompatibles, por tratar cáncer ya establecido sin variables de riesgo o prevención pertinentes, o por ser documentos no originales destinados únicamente a contextualización. Veintinueve documentos pasaron a evaluación ampliada mediante resumen, texto disponible, DOI o página editorial. En esta etapa se excluyeron 17: ocho por rangos etarios incompatibles o no separables, tres por no permitir identificar resultados específicos en mujeres de la población objetivo, tres por corresponder a revisiones, guías u otros documentos no originales y tres porque su foco principal no permitía extraer factores de riesgo ni prácticas preventivas pertinentes. Finalmente, 12 estudios constituyeron el Grupo A de evidencia latinoamericana directa.

Se incluyeron estudios publicados entre 2018 y 2025, realizados en países latinoamericanos, con mujeres de 18–49 años o con resultados desagregados que permitieran utilizar información pertinente a ese intervalo, y que evaluaran factores asociados con infección por VPH, infección de alto riesgo, lesiones cervicales vinculadas a VPH, conocimiento, vacunación, uso de preservativo, tamizaje, autotoma, adherencia o barreras preventivas. Se aceptaron diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos con información suficiente para extracción. Se excluyeron duplicados, estudios exclusivamente en menores de 18 años, investigaciones solo en mujeres de 50 años o más cuando los resultados no pudieran separarse, poblaciones realizadas fuera de América Latina, análisis exclusivamente moleculares sin variables de interés, estudios centrados únicamente en tratamiento del cáncer invasivo, editoriales y documentos sin resultados originales relevantes. Los trabajos con rangos amplios, como los programas de Honduras, Argentina y el estudio nacional de México, solo aportaron a la síntesis directa los resultados explícitamente referidos a subgrupos dentro de 18–49 años; no se transfirieron automáticamente estimaciones de mujeres mayores a la población objetivo.

La verificación bibliográfica se realizó mediante DOI, PubMed/MEDLINE, SciELO y páginas oficiales de las revistas o editoriales cuando estaban disponibles. Además, se estableció un Grupo B de evidencia internacional o regional complementaria, formado por revisiones, guías y estudios con rangos de edad más amplios; este material se utilizó para introducción y discusión, pero no se

contabilizó entre los 12 estudios incluidos. Para cada estudio del Grupo A se extrajeron autor y año, país, diseño, contexto, muestra, rango etario pertinente, método de detección, desenlace, factores asociados, conocimientos, prácticas sexuales preventivas, vacunación, tamizaje, barreras y facilitadores. La síntesis fue narrativa y temática; no se realizó metaanálisis debido a la heterogeneidad de diseños, poblaciones, definiciones de desenlace, instrumentos y medidas de asociación.

Resultados

Número y características de los estudios incluidos

La selección final integró 12 estudios publicados entre 2018 y 2025. La evidencia directa procedió de siete países: Perú, México, Chile, Honduras, Costa Rica, El Salvador y Argentina. México y Perú concentraron la mayor cantidad de trabajos elegibles, mientras que Chile, Honduras, Costa Rica, El Salvador y Argentina estuvieron representados por uno o dos estudios según el tema. Los diseños incluyeron estudios transversales, análisis de programas de tamizaje, un estudio de casos y controles, un estudio preexperimental educativo, un estudio cualitativo fenomenológico y cohortes retrospectivas. Las muestras variaron desde seis participantes en el estudio cualitativo mexicano hasta centenares de miles en el análisis nacional de México; esta amplitud impide interpretar los porcentajes como directamente comparables entre investigaciones.

En términos de población, se identificaron universitarias de 18–24 o 18–30 años, mujeres jóvenes sexualmente activas de 18–25 años, gestantes de 18–45 años, pacientes de 19–45 años, mujeres usuarias de establecimientos de salud de 30–49 años y subgrupos de 30–44/49 años en programas poblacionales. Las principales variables fueron infección por VPH o VPH de alto riesgo, alteraciones citológicas, factores sexuales y ginecoobstétricos, conocimiento, conducta protectora, aceptabilidad de autotoma, vacunación y adherencia al tamizaje o re-tamizaje.

Países y años de publicación

Los estudios se distribuyeron a lo largo de todo el periodo, con mayor concentración desde 2022. Perú aportó investigaciones sobre VPH de alto riesgo en universitarias, alteraciones cervicales en gestantes y preferencia por autotoma; México aportó evidencia sobre conductas protectoras en mujeres con VPH, efecto de educación, rechazo materno a la vacunación y patrones nacionales de infección/vacunación. Los demás países contribuyeron con estudios focalizados: Chile en

universitarias, Honduras en tamizaje primario, Costa Rica en determinantes de infección de mujeres jóvenes, El Salvador en factores asociados a lesiones intraepiteliales y Argentina en continuidad del tamizaje basado en VPH.

No se identificó en el Grupo A evidencia que cumpliera simultáneamente todos los criterios de edad y desenlace para Brasil, Bolivia, Colombia, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Guatemala, Nicaragua o Panamá. La ausencia en la síntesis directa no significa inexistencia de investigación sobre VPH en dichos países; refleja la restricción deliberada a mujeres de 18–49 años y a resultados directamente relacionados con factores de riesgo o prácticas preventivas. Estudios bolivianos, colombianos y ecuatorianos con rangos más amplios o diseños de revisión se conservaron como evidencia complementaria para la discusión.

Principales factores de riesgo asociados al VPH

Los factores sexuales mostraron la señal más consistente. En universitarias peruanas, Manrique-Hinojosa et al. (2018) encontraron asociación entre el número de parejas sexuales y la detección de VPH de alto riesgo ($p = .003$), sin asociación significativa con edad, inicio sexual o uso de anticonceptivos en esa muestra. En Costa Rica, Carvajal et al. (2023) identificaron como determinantes de infección por tipos oncogénicos tener más de una pareja sexual y la coinfección por *Chlamydia trachomatis*; entre mujeres que referían una sola pareja de por vida, la historia de múltiples parejas del compañero también se relacionó con infección. Estos resultados sitúan la exposición acumulada y las redes sexuales como factores epidemiológicos, sin implicar juicios morales sobre la conducta.

En estudios cuyo desenlace fueron lesiones cervicales, los factores deben interpretarse de manera diferente. Baires de Dimas (2023) reportó asociación de las lesiones escamosas intraepiteliales con relaciones sexuales en la adolescencia, múltiples parejas, antecedente de VPH, embarazo adolescente y multiparidad; el uso de anticonceptivos orales por cinco años no alcanzó significación estadística en ese estudio. Moya-Salazar et al. (2022), en gestantes peruanas de 18–45 años con evaluación citológica, describieron mayor frecuencia de hallazgos compatibles con infección por VPH/LSIL en presencia de determinados antecedentes sexuales y obstétricos. Debido a que este último trabajo fue citología-basado, sus hallazgos no se equipararon a infección molecular confirmada.

La edad presentó patrones de prevalencia, no una relación causal simple. Sandoval et al. (2020) documentaron en Honduras un máximo de positividad a edades jóvenes y una prevalencia de VPH de 16% en mujeres de 30–49 años; García-Gil et al. (2025) observaron en México la mayor positividad global en menores de 25 años y mayor frecuencia de VPH16/18 en el grupo de 25–34 años. Estos gradientes son compatibles con cambios de exposición e historia natural de la infección, pero no autorizan a clasificar la edad por sí sola como factor modificable. En los estudios elegibles no hubo evidencia suficientemente homogénea para sostener, dentro del rango 18–49, una estimación regional única para tabaquismo, inmunosupresión o anticoncepción hormonal.

Conocimiento de las mujeres sobre el VPH

El conocimiento mostró variaciones según población y forma de medición. En 73 universitarias mexicanas, Chávez-Morales et al. (2022) registraron 46.6% con nivel de conocimiento bueno antes de una intervención educativa y 75.3% con nivel excelente después de la intervención ($p < .001$), sin relación significativa del conocimiento con edad o semestre. El resultado demuestra modificabilidad del conocimiento mediante educación, pero no prueba por sí mismo una reducción de infección o una mayor adherencia sostenida a medidas preventivas.

En mujeres mexicanas que vivían con VPH, Guerra Rodríguez et al. (2019) encontraron que el conocimiento/conciencia sobre VPH y cáncer cervicouterino, las actitudes hacia el diagnóstico y el control citológico y la autoeficacia se vinculaban con patrones de conducta protectora. Por otra parte, Martínez-Figueroa et al. (2024), al entrevistar madres de 30–40 años que rechazaron la vacuna para sus hijas, identificaron conocimiento limitado, creencias, desinformación y falta de aceptación como categorías centrales. Rosas-Mendoza et al. (2025) aportaron un hallazgo que obliga a evitar una relación lineal entre saber y actuar: el cuartil superior de conocimientos sobre VPH se asoció con menor preferencia por autotoma, aun cuando la educación secundaria y superior incrementaron dicha preferencia.

Prácticas sexuales preventivas

El preservativo apareció como una práctica de reducción de riesgo, pero su medición fue irregular. En el estudio peruano de universitarias, el condón fue el método anticonceptivo más frecuente entre quienes utilizaban anticoncepción, aunque el estudio no demostró que su uso explicara por sí solo la presencia o ausencia de VPH de alto riesgo (Manrique-Hinojosa et al., 2018). En México,

la conducta protectora descrita por Guerra Rodríguez et al. (2019) incorporó uso de preservativo, estabilidad de pareja, comunicación y control citológico. La evidencia incluida no justifica afirmar protección absoluta: el VPH puede transmitirse por contacto con superficies anogenitales no cubiertas por el preservativo, por lo que esta práctica debe presentarse como reducción parcial de exposición.

Vacunación contra el VPH

La evidencia directa sobre vacunación en mujeres adultas de 18–49 años fue menor que la relativa a tamizaje. Martínez-Figueroa et al. (2024) mostraron que la no aceptación de la vacuna podía coexistir con escolaridad alta y estar sostenida por creencias, desinformación, dudas sobre seguridad o insuficiente motivación; por tanto, conocer la existencia de la vacuna no equivale a aceptarla ni a completar un esquema. En el análisis nacional mexicano, García-Gil et al. (2025) observaron que un esquema de dos dosis se asoció con menor probabilidad de infección por VPH16 (OR = 0.21) y VPH18 (OR = 0.33), mientras que no se encontró reducción significativa para el conjunto de otros genotipos de alto riesgo incluidos en la prueba (OR = 0.98). Este patrón confirma que la protección es tipo-específica y no debe describirse como universal.

Los estudios incluidos ofrecieron poca información sobre cobertura vacunal real, inicio y finalización de esquemas en mujeres adultas. Esta escasez es relevante porque las políticas nacionales han priorizado históricamente la vacunación de niñas y adolescentes, y las mujeres de mayor edad pueden quedar fuera de los programas rutinarios o requerir evaluación individual según normativa nacional.

Prácticas de tamizaje y detección

El tamizaje mostró diferencias importantes entre poblaciones. Manrique-Hinojosa et al. (2018) reportaron que 62.9% de las universitarias habían realizado Papanicolaou en los tres años previos y 22.2% nunca se lo habían practicado, pese a tratarse de una población joven y universitaria. En Honduras, Sandoval et al. (2020) evaluaron una estrategia de prueba primaria de VPH con inspección visual con ácido acético como triaje; en el subgrupo de 30–44 años, 24.5% de las mujeres VPH-positivas presentaron inspección visual positiva. Este resultado corresponde al funcionamiento de un algoritmo de detección y no a una medida que prevenga la adquisición del virus.

La autotoma emergió como alternativa potencial para aumentar aceptabilidad. En mujeres peruanas de 30–49 años, Rosas-Mendoza et al. (2025) hallaron 75.6% de preferencia por autotoma; la educación secundaria y superior se asociaron positivamente con esa preferencia, mientras que convivencia, procedencia de la costa fuera de la capital, religión católica y mayor nivel de conocimientos se asociaron inversamente. En Argentina, Barbeira et al. (2025) mostraron desafíos en el re-tamizaje: de 42 307 mujeres inicialmente VPH-negativas de 30 años o más, 47.9% fue re-tamizada en la segunda ronda y solo 13.3% dentro del intervalo recomendado de cinco años; el re-tamizaje oportuno fue mayor entre 30–44 años, mujeres con cobertura pública y residentes de la capital provincial.

Barreras para las prácticas preventivas

Las barreras se distribuyeron en planos individuales, sociales e institucionales. El estudio cualitativo mexicano sobre rechazo vacunal identificó desinformación, creencias y dudas como obstáculos cognitivos y actitudinales (Martínez-Figueroa et al., 2024). En Argentina, la baja proporción de re-tamizaje oportuno y las diferencias según cobertura y residencia evidenciaron barreras programáticas y territoriales (Barbeira et al., 2025). En Perú, la variabilidad de preferencia por autotoma según estado civil, procedencia, religión y conocimiento sugirió que la aceptabilidad de una tecnología no depende exclusivamente de su disponibilidad (Rosas-Mendoza et al., 2025).

Factores asociados a mejores prácticas preventivas

La educación estructurada fue el factor modificable con evidencia de intervención más clara: Chávez-Morales et al. (2022) demostraron un cambio significativo del conocimiento después de una estrategia educativa. La educación formal también se asoció con mayor preferencia por autotoma en Perú (Rosas-Mendoza et al., 2025). En México, la conciencia sobre VPH/cáncer cervicouterino, las actitudes hacia el diagnóstico y la autoeficacia se relacionaron con conductas protectoras (Guerra Rodríguez et al., 2019). En el programa argentino, la cobertura pública y la residencia en la capital provincial se asociaron con mayor re-tamizaje oportuno en el subgrupo de 30–44 años (Barbeira et al., 2025), lo que subraya que las conductas preventivas dependen tanto de capacidades individuales como de accesibilidad institucional.

Diferencias entre países latinoamericanos

Las diferencias observadas no pueden ordenarse como un ranking de países porque los estudios midieron constructos distintos y utilizaron muestras no equivalentes. Costa Rica aportó una cohorte grande de mujeres jóvenes con medición molecular y determinantes sexuales; Chile y Perú estudiaron principalmente universitarias o gestantes; México combinó estudios educativos, cualitativos y un análisis nacional; Honduras y Argentina aportaron evidencia programática de tamizaje. Por ello, un porcentaje alto de VPH en una muestra joven no es comparable con una tasa de re-tamizaje de una cohorte de 30 años o más ni con el nivel de conocimiento de estudiantes universitarias.

La concentración de evidencia en México y Perú, junto con la ausencia de estudios elegibles de varios países, limita la representación regional. Las diferencias pueden reflejar estructura etaria, instrumentos, momento histórico, políticas de vacunación, tipo de prueba diagnóstica, organización del tamizaje y desigualdades urbanorurales. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse como patrones de poblaciones estudiadas y no como prevalencias o conductas atribuibles de manera uniforme a América Latina.

Tablas de síntesis de los estudios

Tabla 1

Características generales de los estudios incluidos

Autor/año	País	Diseño/contexto	Muestra/edad	Variables	Hallazgos pertinentes
Manrique-Hinojosa et al., 2018	Perú	Transversal; universitarias	n=221; 18–30	VPH-AR por PCR/autotoma; conducta sexual	43.4% VPH-AR; número de parejas asociado ($p=.003$); 62.9% Pap en 3 años; 22.2% nunca Pap
Melo et al., 2019	Chile	Transversal; universitarias	n=182; 18–24	Pap + VPH AR/BR por PCR; conducta sexual	24.3% VPH-AR; asociación VPH-alteraciones citológicas; años de actividad sexual con frotis atípico/NIE I
Guerra Rodríguez et al., 2019	México	Descriptivo-correlacional	n=201; adultas/jóvenes con VPH	Conducta protectora, conocimiento, actitudes, autoeficacia	Conocimiento/actitudes y autoeficacia vinculados con citología, preservativo, pareja estable y comunicación
Sandoval et al., 2020	Honduras	Análisis programático	n=60 883 total; subgrupos 30–49/30–44	Prueba VPH + IVAA	VPH 16% en 30–49; IVAA positiva 24.5% en VPH+ de 30–44
Moya-Salazar et al., 2022	Perú	Transversal citológico; gestantes	n=84; 18–45	LSIL y signos citológicos de VPH; antecedentes	Asociaciones con antecedentes sexuales/obstétricos; no equivale a infección molecular confirmada

Autor/año	País	Diseño/contexto	Muestra/edad	Variables	Hallazgos pertinentes
Chávez-Morales et al., 2022	México	Preexperimental educativo	n=73; mediana 19	Conocimiento pre/post intervención	Conocimiento bueno 46.6% antes; excelente 75.3% después; p<.001
Carvajal et al., 2023	Costa Rica	Transversal analítico; base de ensayo	n=5 871; 18–25	VPH molecular; determinantes	VPH total 50.0%; oncogénico 33.8%; asociaciones con >1 pareja, C. trachomatis e historia sexual de la pareja
Baires de Dimas, 2023	El Salvador	Casos y controles	120 (40 casos/80 controles); 19–45	Lesiones intraepiteliales; factores ginecoobstétricos	Asociación con embarazo adolescente, multiparidad, antecedente VPH, relaciones sexuales adolescentes y múltiples parejas
Martínez-Figueroa et al., 2024	México	Cualitativo fenomenológico	n=6 madres; 30–40	No aceptación vacuna	Conocimiento, creencias, desinformación, beneficios, motivación y rechazo vacunal
Rosas-Mendoza et al., 2025	Perú	Transversal analítico	n=275; 30–49	Preferencia por autotoma y factores asociados	75.6% prefirió autotoma; asociaciones con educación, estado civil, procedencia, religión y conocimiento
Barbeira et al., 2025	Argentina	Cohorte retrospectiva programática	n=42 307 total; análisis 30–44 pertinente	Re-tamizaje VPH a 5 años	47.9% re-tamizadas; 13.3% a 5 años; mayor adherencia oportuna en 30–44, cobertura pública y capital provincial
García-Gil et al., 2025	México	Estudio nacional de laboratorio	n=596 944 total; subgrupos <25 y 25–34	VPH, citología, vacunación	37.4% VPH+ en <25; VPH16/18 más altos en 25–34; dos dosis: OR .21 para VPH16 y .33 para VPH18

Nota. VPH-AR = virus del papiloma humano de alto riesgo; PCR = reacción en cadena de la polimerasa; Pap = Papanicolaou; IVAA = inspección visual con ácido acético; LSIL/NIE I = lesión intraepitelial escamosa de bajo grado/neoplasia intraepitelial grado I.

Tabla 2
Factores asociados con infección por VPH o lesiones cervicales

Factor	Desenlace	Estudios	Síntesis interpretativa
Múltiples/nuevas parejas	Infección VPH-AR/oncogénico; lesiones	Manrique-Hinojosa et al. (2018); Carvajal et al. (2023); Baires de Dimas (2023)	Asociación consistente en estudios con desenlaces distintos; no equivale a causalidad individual.
Historia sexual de la pareja	Infección oncogénica	Carvajal et al. (2023)	Entre mujeres con una sola pareja de por vida, antecedentes de múltiples parejas del compañero se asociaron con infección.
Coinfección por C. trachomatis	Infección oncogénica	Carvajal et al. (2023)	Asociación estadística en mujeres jóvenes costarricenses.
Inicio/relaciones sexuales en adolescencia	Lesión intraepitelial	Baires de Dimas (2023); Moya-Salazar et al. (2022)	Más evidente en estudios de lesiones/gestación que en el estudio molecular de universitarias peruanas.
Multiparidad/embarazo adolescente	Lesión intraepitelial	Baires de Dimas (2023); Moya-Salazar et al. (2022)	Interpretar como factor ginecoobstétrico asociado a lesión, no como equivalente de adquisición viral.
Edad	Patrón de prevalencia	Sandoval et al. (2020); García-Gil et al. (2025)	Mayor positividad en edades jóvenes; patrón descriptivo, no factor causal modificable.

Nota. Las asociaciones corresponden al desenlace definido en cada estudio. No se equipara infección por VPH con persistencia, lesión intraepitelial o cáncer cervicouterino.

Tabla 3
Prácticas preventivas frente al VPH

Práctica	Evidencia directa	Nivel preventivo	Hallazgo
Educación sobre VPH	Chávez-Morales et al. (2022), México	Conocimiento	Mejóro significativamente el nivel de conocimiento después de la intervención; no midió reducción de infección.
Preservativo/comunicación	Guerra Rodríguez et al. (2019), México; Manrique-Hinojosa et al. (2018), Perú	Reducción de exposición/conducta protectora	El preservativo se integra a conducta preventiva, pero no proporciona protección absoluta.
Vacunación	García-Gil et al. (2025), México	Prevención primaria	Dos dosis asociadas con menor infección por VPH16 y VPH18; no efecto significativo sobre el conjunto de otros genotipos HR.
Aceptación vacunal	Martínez-Figueroa et al. (2024), México	Prevención primaria	Desinformación y creencias influyeron en el rechazo; información ≠ aceptación.
Pap/citología	Manrique-Hinojosa et al. (2018), Perú	Prevención secundaria	62.9% Pap en los tres años previos; 22.2% nunca Pap.
Prueba de VPH + triaje	Sandoval et al. (2020), Honduras	Prevención secundaria	Programa de prueba primaria VPH con IVAA; muestra necesidad de algoritmos de seguimiento.
Autotoma	Rosas-Mendoza et al. (2025), Perú	Prevención secundaria	75.6% de preferencia; aceptabilidad condicionada por variables sociales y educativas.
Re-tamizaje	Barbeira et al. (2025), Argentina	Prevención secundaria/continuada	Baja adherencia al intervalo de cinco años; diferencias por edad, cobertura y residencia.

Nota. Prevención primaria = intervenciones dirigidas a reducir adquisición/exposición (p. ej., vacunación y reducción de riesgo). Prevención secundaria = tamizaje, detección de alto riesgo/lesiones y seguimiento. El tamizaje no previene directamente la adquisición del VPH.

Tabla 4
Barreras y facilitadores de la prevención en estudios latinoamericanos

Nivel	Barrera/hallazgo	Estudio	Implicación
Individual/cognitiva	Desinformación, creencias, dudas sobre vacuna	Martínez-Figueroa et al. (2024)	Consejería basada en evidencia, comunicación de riesgos/beneficios y recomendación profesional.
Sociocultural	Religión, estado civil y percepción de la autotoma	Rosas-Mendoza et al. (2025)	Mensajes culturalmente pertinentes; evitar suponer que una tecnología aceptable para unas mujeres lo será para todas.
Territorial	Residencia fuera de capital / distancia implícita al sistema	Barbeira et al. (2025)	Descentralizar acceso, recordatorios y navegación de pacientes.
Institucional	Re-tamizaje y continuidad insuficientes	Barbeira et al. (2025); Sandoval et al. (2020)	Sistemas de registro, convocatoria activa, triaje oportuno y seguimiento.
Educativa	Conocimiento inicial insuficiente	Chávez-Morales et al. (2022)	Intervenciones educativas estructuradas pueden mejorar conocimiento.

Nota. Las barreras y facilitadores sintetizados proceden exclusivamente de los estudios incluidos en el Grupo A; son contextuales y no deben generalizarse a todos los países ni a todas las mujeres latinoamericanas.

Discusión

Coincidencias entre los estudios

La convergencia más clara se encontró en los factores sexuales relacionados con exposición. Manrique-Hinojosa et al. (2018), Carvajal et al. (2023) y Baires de Dimas (2023) coincidieron en que el número de parejas o la exposición sexual acumulada se relacionaba con el desenlace evaluado, aunque no todos midieron lo mismo: los dos primeros analizaron infección por VPH de alto riesgo u oncogénico, mientras el tercero estudió lesiones intraepiteliales. Esta distinción es esencial, porque un factor asociado con infección no debe asumirse automáticamente como predictor de persistencia o progresión. La evidencia internacional y regional complementaria también respalda que los patrones sexuales y determinadas coinfecciones pueden modificar la probabilidad de adquisición o persistencia, pero la magnitud del efecto depende de edad, prueba diagnóstica y población.

También existió coincidencia en que la prevención no depende de una única intervención. Los trabajos de Chávez-Morales et al. (2022), Rosas-Mendoza et al. (2025), Sandoval et al. (2020) y Barbeira et al. (2025) cubren eslabones distintos de la cascada preventiva —conocimiento, aceptabilidad de autotoma, tamizaje primario y re-tamizaje— y muestran que cada avance puede perder impacto si el siguiente paso falla. La experiencia argentina previa con autotoma evidenció un problema similar: Paolino et al. (2020) encontraron 42.9% de adherencia global al triaje a 18 meses y solo 25.2% dentro de 120 días entre mujeres VPH-positivas, lo que confirma que ampliar el acceso a la toma de muestra no garantiza por sí mismo continuidad diagnóstica.

Diferencias entre estudios y posibles explicaciones

Las discrepancias fueron marcadas en conocimiento, tamizaje y asociaciones específicas. Chávez-Morales et al. (2022) demostraron que una intervención educativa podía elevar sustancialmente el conocimiento, mientras Martínez-Figueroa et al. (2024) documentaron rechazo a la vacuna en madres con escolaridad relativamente alta. Rosas-Mendoza et al. (2025), además, encontraron que un mayor cuartil de conocimientos se asociaba inversamente con preferencia por autotoma. Estos resultados no son contradictorios si se reconoce que conocimiento, intención, aceptación y conducta son constructos diferentes. La información puede ser necesaria, pero no suficiente,

cuando intervienen confianza, valores, experiencias previas, percepción de riesgo o preferencias sobre la forma de atención.

Las diferencias en frecuencia de VPH tampoco deben interpretarse como diferencias nacionales simples. La prevalencia de 50.0% reportada por Carvajal et al. (2023) corresponde a mujeres costarricenses de 18–25 años enroladas en 2004–2005, mientras el 16% de Honduras corresponde al grupo de 30–49 años dentro de un programa realizado entre 2015 y 2018 (Sandoval et al., 2020). El estudio mexicano de García-Gil et al. (2025) combinó centenares de miles de pruebas de laboratorio y mostró un gradiente por edad. Edad, época de recolección, selección de participantes y tecnología diagnóstica explican parte de la variabilidad y hacen inapropiado comparar estos porcentajes como si fueran estimaciones contemporáneas equivalentes de países completos.

Relación entre conocimiento y prevención

La evidencia examinada cuestiona la premisa de que más conocimiento produce automáticamente mejores prácticas. La intervención mexicana de Chávez-Morales et al. (2022) es una demostración sólida de cambio cognitivo a corto plazo, pero no evaluó vacunación posterior, uso sostenido de preservativo ni asistencia a tamizaje. Guerra Rodríguez et al. (2019) mostraron que conocimiento y actitudes se integraban con autoeficacia en patrones de conducta protectora, lo que sugiere una relación mediada por competencias y disposición para actuar. En contraste, la asociación inversa entre conocimiento y preferencia de autotoma encontrada en Perú (Rosas-Mendoza et al., 2025) evidencia que una mujer informada puede preferir una toma profesional sin que ello signifique menor compromiso preventivo. Por tanto, los programas deben evaluar conducta efectiva y continuidad, no solo puntajes de conocimiento.

Factores sexuales y ginecoobstétricos

Los hallazgos sobre parejas sexuales, historia de la pareja y coinfección se interpretan mejor desde un marco de exposición epidemiológica. Carvajal et al. (2023) aportaron evidencia particularmente útil porque diferenciaron el número de parejas de la propia mujer y la historia del compañero. Baires de Dimas (2023) encontró asociaciones entre relaciones sexuales adolescentes, múltiples parejas y lesiones intraepiteliales, mientras Manrique-Hinojosa et al. (2018) no halló asociación del inicio sexual con VPH-AR. La divergencia puede reflejar desenlaces distintos, tamaños

muestrales y definiciones de exposición. No resulta metodológicamente correcto convertir el “inicio sexual temprano” en un factor universal cuando algunos estudios no lo confirmaron.

La multiparidad y el embarazo en adolescencia aparecieron en estudios de lesiones o gestación, no como determinantes uniformes de infección molecular. Esto es congruente con la necesidad de separar adquisición de VPH de persistencia/progresión. Del mismo modo, el estudio ecuatoriano de Roman et al. (2023), que incluyó mujeres de 18–65 años, encontró asociaciones con paridad, inmunosupresión y anticoncepción/IUD en la muestra global; al no desagregar esas asociaciones para 18–49 años, se utilizó únicamente como apoyo interpretativo y no como evidencia cuantitativa directa de esta revisión.

Vacunación

La vacunación constituye la principal herramienta de prevención primaria específica contra los genotipos incluidos en las vacunas. El estudio nacional mexicano de García-Gil et al. (2025) mostró asociaciones protectoras importantes frente a VPH16 y VPH18 tras dos dosis, pero no frente al conjunto de otros genotipos de alto riesgo analizados; este resultado ilustra por qué no debe afirmarse protección frente a todos los tipos. A nivel regional, la OPS ha recomendado esquemas simplificados para las poblaciones priorizadas y ha documentado una amplia introducción de la vacuna en los calendarios de las Américas (PAHO, 2023). Sin embargo, la evidencia directa de esta revisión fue escasa sobre vacunación de mujeres adultas, especialmente respecto de captación, costos, inicio y completitud del esquema.

El componente conductual de la vacunación se observa en Martínez-Figueroa et al. (2024): las madres que rechazaron la vacuna describieron conocimiento incompleto, creencias y desinformación. Una revisión colombiana también concluyó que la aceptación vacunal está influida por factores sociales y comunicacionales (Palencia-Sánchez & Echeverry-Coral, 2020). Esto refuerza la importancia de la recomendación de profesionales sanitarios, la transparencia sobre seguridad y beneficios, y la comunicación adaptada a cada contexto, sin reducir la hesitación vacunal a “falta de educación”.

Tamizaje cervical y continuidad asistencial

La prevención secundaria requiere distinguir tres pasos: acceder al tamizaje, resolver un resultado positivo/anormal y retornar cuando corresponda. La OMS (2021) recomienda pruebas de VPH de

alta sensibilidad como eje de estrategias modernas de detección, siempre integradas a triaje y tratamiento. Los estudios de Honduras y Argentina muestran la dimensión programática de esta recomendación. Sandoval et al. (2020) documentaron patrones etarios de positividad y el uso de inspección visual como triaje, mientras Barbeira et al. (2025) evidenciaron que el re-tamizaje a cinco años seguía siendo bajo aun dentro de un programa establecido.

La autotoma puede reducir barreras de acceso o aceptabilidad, pero su potencial depende de que el sistema garantice seguimiento. Rosas-Mendoza et al. (2025) observaron alta preferencia por autotoma en mujeres de 30–49 años, aunque con importantes variaciones sociales. Arrossi (2019) ya había señalado que la introducción de prueba de VPH en Argentina mejoró problemas históricos de cobertura y organización, pero generó nuevos desafíos de triaje y logística; Paolino et al. (2020) cuantificaron posteriormente la baja adherencia al triaje tras una autotoma positiva. En México, Aguilar-Linares et al. (2024) identificaron barreras económicas, tiempos de espera, distancia, información insuficiente, vergüenza, miedo y roles familiares en el seguimiento de mujeres VPH-AR positivas con lesiones premalignas. La tecnología, por tanto, debe acompañarse de navegación, recordatorios y servicios resolutivos.

Contexto latinoamericano e implicaciones para salud pública

La revisión no sustenta tratar América Latina como una unidad epidemiológica homogénea. de Sousa Gomes et al. (2023) mostraron diferencias en recomendaciones de vacunación y tamizaje entre países sudamericanos; Ferreccio (2018) describió oportunidades específicas para modernizar el tamizaje chileno; Arrossi (2019) analizó la reorganización argentina; y estudios rurales de Ecuador y Bolivia han documentado brechas de conocimientos, acceso y distribución de VPH en poblaciones no equivalentes entre sí (Bautista-Valarezo et al., 2022; Patzi-Churqui et al., 2020). La heterogeneidad es un hallazgo y una limitación: el diseño de políticas debe partir de coberturas reales, infraestructura, cultura sanitaria y capacidad de seguimiento local.

En términos operativos, los hallazgos favorecen una prevención combinada: educación sexual integral y no estigmatizante; información clara sobre transmisión y persistencia; vacunación conforme a políticas nacionales; promoción de preservativo como reducción de riesgo; tamizaje con tecnologías de alta sensibilidad; opciones de autotoma cuando sean apropiadas; y mecanismos para asegurar triaje, diagnóstico y tratamiento. Deben priorizarse intervenciones que reduzcan

inequidades geográficas y socioeconómicas, y que formen al personal sanitario para comunicar riesgos sin culpabilizar a las mujeres. El indicador de éxito no debería limitarse a cobertura de una prueba o entrega de una dosis, sino incluir continuidad efectiva de la cascada preventiva.

Conclusiones

La evidencia publicada entre 2018 y 2025 muestra que los factores más reiterados en mujeres latinoamericanas de 18 a 49 años se relacionan con exposición sexual en especial múltiples parejas o la historia sexual de la pareja y, en estudios específicos, coinfección por *Chlamydia trachomatis*, inicio sexual en adolescencia y determinados antecedentes ginecoobstétricos vinculados a lesiones cervicales. El conocimiento sobre VPH fue variable y modificable mediante educación, pero no se tradujo de manera automática en mejores prácticas. La vacunación mostró protección específica frente a genotipos incluidos, mientras que el tamizaje, la autotoma y el seguimiento presentaron niveles de adopción y continuidad heterogéneos. Las barreras incluyeron desinformación, creencias, temor, dificultades de acceso y problemas de continuidad programática.

En respuesta directa a la pregunta de investigación, los principales factores identificados fueron exposiciones sexuales modificables número de parejas, nuevas exposiciones y uso inconsistente de medidas de reducción de riesgo junto con factores contextuales o no directamente modificables como edad, historia de la pareja, condiciones territoriales y acceso sanitario; en estudios de lesiones también aparecieron antecedentes reproductivos. Las principales prácticas preventivas fueron, como prevención primaria, vacunación contra VPH, educación sexual, consejería y reducción de exposición mediante preservativo y conductas sexuales informadas; y, como prevención secundaria, citología, pruebas moleculares de VPH, autotoma cuando está incorporada a un programa, triaje y seguimiento de resultados anormales. El preservativo reduce el riesgo pero no lo elimina, y el Papanicolaou o la prueba de VPH detectan riesgo o lesión: no impiden adquirir el virus.

Esta revisión está limitada por la heterogeneidad metodológica, la diversidad de edades e instrumentos, el predominio de diseños transversales, el autorreporte de conductas, la concentración de estudios en pocos países y la escasez de datos comparables de varias naciones. Algunos estudios programáticos incluyeron mujeres mayores de 49 años y solo pudieron utilizarse en sus subgrupos etarios pertinentes; asimismo, el estudio costarricense publicado en 2023 analizó

datos recolectados en 2004–2005, circunstancia que limita su actualidad programática aunque conserva valor etiológico. Las políticas de vacunación y tamizaje también cambiaron durante 2018–2025. Se requieren estudios longitudinales, multicéntricos y evaluaciones de implementación que fortalezcan estrategias integrales de prevención primaria y secundaria y reduzcan las brechas de acceso y seguimiento en América Latina.

Referencias

- Aguilar-Linares, G., Márquez-Serrano, M., Meneses-Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Castillo-Castillo, L. E., Estévez-García, J. A., Valadez-George, T. O., Bahena-Román, M., Madrid-Marina, V., & Torres-Poveda, K. (2024). Barriers and facilitators for adherence to follow-up by HR-HPV-positive women with premalignant cervical lesions: A mixed-design study in Mexico. *BMC Women's Health*, 24, 550. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03379-3>
- Arrossi, S. (2019). El impacto de la prueba de VPH en los programas de tamizaje en América Latina: El caso de Argentina. *Salud Pública de México*, 61(1), 86–94. <https://doi.org/10.21149/9257>
- Baires de Dimas, C. (2023). Asociación de factores de riesgo ginecoobstétricos con lesiones escamosas intraepiteliales en pacientes de 19 a 45 años. *Crea Ciencia*, 15(1), 43–57. <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v15i1.15709>
- Barbeira, P. B., Paolino, M., Binder, F., Almonte, M., Baena, A., Mazzadi, J. D., & Arrossi, S. (2025). Implementation of second round of HPV-based screening for cervical cancer in programmatic contexts in Argentina. *Pan American Journal of Public Health*, 49, e92. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.92>
- Bautista-Valarezo, E., Vega Crespo, B., Maldonado-Rengel, R., Espinosa, M. E., Neira, V. A., & Verhoeven, V. (2022). Knowledge and perceptions about cervical cancer and HPV screening in women in rural areas of Ecuador: A qualitative research study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11053. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711053>
- Carvajal, L. J., Herrero, R., Angulo, M. M., Schussler, J., Porras, C., Ocampo, R., Cortés, B., Loría, V., Castrillo, H., Romero, B., Barrientos, G., Coronado, K., Ávila, C., Hildesheim, A., Rodríguez, A. C., Jiménez, S. E., Kreimer, A. R., & Sierra, M. S. (2023). Prevalencia y determinantes de la

- infección por virus de papiloma humano en mujeres jóvenes de Guanacaste y Puntarenas, Costa Rica, 2004–2005. *Salud Pública de México*, 65(3), 253–264. <https://doi.org/10.21149/14286>
- Chávez-Morales, M. G., Carranza-Guardado, J. P., Vázquez-de la Cruz, L. C., Cardona-Zambrano, F. E., Quezada-Oliva, E. A., & Altamira-Camacho, R. (2022). Efecto de una intervención educativa en el conocimiento sobre VPH en universitarias. *Ciencia y Cuidado*, 19(3), 10–20. <https://doi.org/10.22463/17949831.3317>
- de Sousa Gomes, M. L., dos Santos Moura, N., de Carvalho Magalhães, L., da Silva, R. R., Silva, B. G. S., Rodrigues, I. R., Sales, L. B. F., & Oriá, M. O. B. (2023). Systematic literature review of primary and secondary cervical cancer prevention programs in South America. *Pan American Journal of Public Health*, 47, e96. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.96>
- Ferreccio, C. (2018). Nuevas estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino en Chile. *Salud Pública de México*, 60(6), 713–721. <https://doi.org/10.21149/8577>
- García-Gil, A., Luna-Ruiz-Esparza, M. A., Moreno-Camacho, J. L., Calva-Espinosa, D. Y., González-Mena, L. E., Hernández-Lezama, L. F., Kuri-Morales, P., Balcázar-Rodríguez, J. C., Campos-Romero, A., & Alcántar-Fernández, J. (2025). Prevalence of HPV, cytological abnormalities, and impact of the HPV vaccine in Mexico: A nationwide study of 596,944 women. *The Lancet Regional Health – Americas*, 48, 101156. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101156>
- Guerra Rodríguez, G. M., Champion, J. D., Moreno Monsiváis, M. G., Olivares Ornelas, O. A., & Gil Vázquez, H. M. (2019). Cervical cancer protective behavioral patterns among Mexican women living with HPV. *Hispanic Health Care International*, 17(2), 59–65. <https://doi.org/10.1177/1540415319830763>
- Manrique-Hinojosa, J., Núñez-Teran, M. del C., Pretel-Ydrogo, L., Sulcahuaman-Allende, Y., Roa-Meggo, Y., Juárez-Coello, P., & Navarro-Egúsqiza, S. (2018). Detección del virus del papiloma humano en muestras obtenidas mediante técnica de autotoma en un grupo de universitarias peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(4), 642–646. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3450>
- Martínez-Figueroa, G. I., Nava-Navarro, V., Fernández-Rincón, C. A., Báez-Hernández, F. J., Mayo-Abarca, J. A., & Morales-Nieto, A. (2024). Conocimientos y actitudes de madres mexicanas

en la no aceptación de la vacuna del virus del papiloma humano. *MedUNAB*, 26(3), 379–400. <https://doi.org/10.29375/01237047.4370>

Melo, A., Montenegro, S., Liempi, S., Moreno, S., de-La-Barra, T., Guzmán, P., Bustos, L., & Fonseca-Salamanca, F. (2019). Frecuencia de alteraciones citológicas cervicales y virus papiloma humano en una muestra de estudiantes universitarias en Temuco, Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 36(4), 421–427. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182019000400421>

Moya-Salazar, J., Rojas-Zumaran, V., Bravo L., O., Moscoso, G., & Contreras-Pulache, H. (2022). Human papillomavirus infections in low-grade squamous intraepithelial lesion in Peruvian pregnant woman: A cross-sectional cytology-based study. *Health Science Reports*, 5(6), e835. <https://doi.org/10.1002/hsr2.835>

Pan American Health Organization. (2023, September 5). PAHO Technical Advisory Group recommends countries of the Americas to use single-dose HPV vaccine schedule. <https://www.paho.org/en/news/5-9-2023-paho-technical-advisory-group-recommends-countries-americas-use-single-dose-hpv>

Palencia-Sánchez, F., & Echeverry-Coral, S. J. (2020). Aspectos sociales que han afectado la aceptación de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 178–194. <https://doi.org/10.18597/rcog.3448>

Paolino, M., Gago, J., Le Pera, A., Cinto, O., Thouyaret, L., & Arrossi, S. (2020). Adherence to triage among women with HPV-positive self-collection: A study in a middle-low income population in Argentina. *ecancermedicalscience*, 14, 1138. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1138>

Patzi-Churqui, M., Terrazas-Aranda, K., Liljeqvist, J.-Å., Lindh, M., & Eriksson, K. (2020). Prevalence of viral sexually transmitted infections and HPV high-risk genotypes in women in rural communities in the Department of La Paz, Bolivia. *BMC Infectious Diseases*, 20, 204. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4931-1>

Roman, C., Andrade, D., Hernández, Y., Salazar, Z. K., Espinosa, L., Campoverde, E., Guallaizaca, L., Merchán, M., Sarmiento, M., & Brenner, J. (2023). Biological, demographic, and

health factors associated with HPV infection in Ecuadorian women. *Frontiers in Public Health*, 11, 1158270. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1158270>

Rosas-Mendoza, M. A., Santos-Rosales, Y. R., & Chilipio-Chiclla, M. A. (2025). Frecuencia y factores asociados a la preferencia de autotoma para detección del virus del papiloma humano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 42(2), 166–174. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.422.14372>

Sandoval, M., Holme, F., Lobo, S., Slavkovsky, R., Thomson, K. A., Jeronimo, J., Figueroa, J., & de Sanjose, S. (2020). Age patterns of human papillomavirus infection as primary screening test for cervical cancer and subsequent triage with visual inspection in Honduras. *Salud Pública de México*, 62(5), 487–493. <https://doi.org/10.21149/10979>

World Health Organization. (2021). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention (2nd ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>

World Health Organization. (2024, March 5). Human papillomavirus and cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>