



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES CON
CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE
LORETO, PERIODO 2023 - 2024**

PARA OPTAR EI TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**AUTORES: GABRIELA DONNA CUELLAR SINTI
BRENDA SOLEY DONAYRE FASANANDO**

ASESOR: OBST. GISELA PALMELA PAUTRAT ROBLES MGR.

SAN JUAN BAUTISTA – REGIÓN LORETO-PERÚ

2025



"Año de la recuperación y consolidación de la económica peruana"

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LORETO, PERIODO 2023 - 2024"

De las alumnas: **GABRIELA DONNA CUELLAR SINTI Y BRENDA SOLEY DONAYRE FASANANDO**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **24% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 6 de junio del 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jorge L. Tapullima Flores', is written over a faint, circular, light-blue stamp or watermark.

**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**

UCP Obstetricia_2025_T_Gabriela_Cuellar_Brenda_Donayre_VI



Nombre del documento: UCP_OBSTETRICIA_2025_T_GABRIELA_CUELLAR_BRENDA_DONAYRE_VI.pdf
ID del documento: e1b1d64a71856e7b7e98e4eb3f05543b8d0a79a
Tamaño del documento original: 53,35 KB

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito: 5/6/2025
Tipo de carga: Interface
Fecha de fin de análisis: 5/6/2025

Número de palabras: 10,192
Número de caracteres: 63,308

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	educunlp.edu.ar 2 fuentes similares	5%		Palabras idénticas: 1% (61 palabras)
2	edidlo.sit.ar Clínica clínicouterno. Algo para reflexionar 10 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (87 palabras)
3	library.ox RELACIÓN ENTRE QUITOGLA, BIOPSIA Y COLPOSCOPIA EN CÁNCER ... 5 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (64 palabras)
4	www.medigraphi.com 6 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (29 palabras)
5	www.medwave.cl Virus papiloma humano: de la biología a la clínica - Medwave https://www.medwave.cl/puntada/articulos/1619.html	1%		Palabras idénticas: 1% (29 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario - mexico El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0 palabras)
2	Documento de otro usuario - acervu El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0 palabras)
3	hdx.fundare.net Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino median... https://hdx.fundare.org/2016/12/08/2016	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0 palabras)
4	www.cancer.org https://www.cancer.org/orientacion/DOCS/DOCSPublica/DOCS00.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0 palabras)
5	repositorio.unan.edu.ni Seguimiento de mujeres diagnosticadas con infección d... http://repositorio.unan.edu.ni/1855/1/18559.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (0 palabras)

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 1403-2024-UCP-FCS, del 10 de octubre de 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 922-2025-UCP-FCS, 18 de junio del 2025, se autorizó la sustentación.

Siendo las 10:00 a.m. horas, del día lunes 30 de junio de 2025, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LORETO, PERIODO 2023 - 2024.**

Presentado por:

GABRIELA DONNA CUELLAR SINTI

Para optar el título profesional de **OBSTETRA.**

BRENDA SOLEY DONAYRE FASANANDO

Para optar el título profesional de **OBSTETRA.**

Como asesora: Obst. Mgr. Gisela Palmela Pautrat Robles.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es:
..... *aprobada por unanimidad*

A las *11:00* Horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.



Obst. Mgr. Betty Valentina Monzón Mariscal
Presidente



Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro



Obst. Silvia Rosa Romero García
Miembro

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS
EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS
HOSPITALES DE LORETO, PERIODO 2023 - 2024.

FECHA DE SUSTENTACION: 30 DE JUNIO DE 2025.



Obst. Mgr. Betty Valentina Monzón Mariscal
Presidente



Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro



Obst. Silvia Rosa Romero García
Miembro



Obst. Mgr. Gisela Palmela Pautrat Robles
Asesora

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, en especial a mis padres, quienes con su esfuerzo y sacrificio me han brindado la oportunidad de alcanzar mis sueños. A mis profesores y mentores, por compartir su conocimiento y guiarme en este proceso.

Donna

Dedico este trabajo a mis padres y a Christiam por ser mi mayor fuente de apoyo incondicional. Por siempre impulsarme y darme soporte emocional en los momentos más difíciles en el desarrollo de mi carrera, por involucrarme valores y hacer de mí una mujer fuerte y perseverante. Gracias a ellos hoy puedo alcanzar mi meta

Brenda

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fuerza, la sabiduría y la paciencia necesaria para superar los desafíos de este camino.

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante, sus enseñanzas y por lo que son mi mayor inspiración para seguir adelante.

A mi asesora Gisela Pautrat, por su orientación, paciencia y valiosos consejos que contribuyeron enormemente al desarrollo de este trabajo.

Gracias, Donna

Agradezco a Dios, por concederme la fuerza, salud, sabiduría y perseverancia durante mi formación profesional, sin su guía este sueño no habría sido posible.

A mi familia, por siempre alentarme a que no me rinda, por ser mi pilar esencial y darme fuerza en las adversidades.

Toda la gratitud para mi asesora Gisela Pautrat, por la paciencia y enseñanzas brindadas durante este proceso.

Gracias, Brenda

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Portada	i
Constancia de originalidad de trabajo de investigación	ii
Acta de sustentación	iv
Hoja de aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenidos	viii
Índice de gráficos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Capítulo I: Marco teórico	13
1.1 Antecedentes de estudio	13
1.2 Bases Teóricas	19
1.3 Definición de términos básicos	28
Capítulo II: Planteamiento del problema	29
2.1 Descripción del problema	29
2.2 Formulación del problema	31
2.2.1 Problema general	31
2.2.1 Problemas específicos	31
2.3 Objetivos	32
2.3.1 Objetivo general	32
2.3.2 Objetivos específicos	32
2.4 Hipótesis	33
2.5 Variables	34
2.5.1 Identificación de las variables	34
2.5.2 Definición conceptual y operacional de las variables	34
2.5.3 Operacionalización de las variables	35
Capítulo III: Metodología	37

3.1 Tipo y diseño de investigación	37
3.2 Población y Muestra	37
3.3 Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos	38
3.4 Procesamiento y análisis de datos	39
Capítulo IV: Resultados	40
Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	59
Anexos	64
Ficha de recolección de datos	64
Matriz de consistencia	68
Escala de calificación del instrumento	70
Carta de aceptación	73

ÍNDICE DE CUADROS O TABLAS

Nº	TÍTULOS	Pág.
01	Estadios clínicos según la FIGO en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	40
02	Edad de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	41
03	Estado civil de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	42
04	Nivel de estudios de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	43
05	Procedencia de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	44
06	Ocupación de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	45
07	Factores clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	46
08	Relación entre los factores epidemiológicos y cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	48
09	Relación entre los factores clínicos y cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024	50

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LORETO, PERIODO 2023 - 2024

Bach. Obst. Gabriela Donna Cuellar Sinti

Bach. Obst. Brenda Soley Donayre Fasanando

Objetivo.

Identificar los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024

Metodología.

Investigación de tipo cuantitativo, correlacional, corte transversal y retrospectivo. La población y muestra de 161 mujeres.

Resultado.

Se identificó que las mujeres con cáncer de cérvix en dos hospitales de Loreto se encontraban en estadio II de la enfermedad con el 46%. Factores sociodemográficos: el 46,4% (26) tenían entre 36 a 50 años, estado civil convivientes 57,2% (32), nivel de estudios secundarios 55,4% (31), de procedencia urbana 73,3% (41) y de ocupación amas de casa 69,6% (39). Factores clínicos: 83,9% (47) de las mujeres iniciaron relaciones sexuales antes de los 17 años, el 67,8% (38) tuvieron de dos a más parejas sexuales, el 55,1% (37) no usaron anticonceptivos, el 55,3% (31) tuvo de 3 a 5 hijos, el 82,1% (46) tuvieron parto vaginal y el 80,4% (45) tuvieron antecedente de ITS.

Conclusión.

El factor sociodemográfico nivel de estudios y los factores clínicos como edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, tipo de parto (vaginal) y antecedente de ITS se relaciona estadísticamente con el cáncer de cérvix en dos hospitales de Loreto ($p < 0,05$)

Palabras calves: Cáncer de cérvix, factores epidemiológicos y clínicos.

ABSTRACT AND KEYWORDS

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FACTORS IN WOMEN WITH CERVICAL CANCER TREATED IN TWO HOSPITALS IN LORETO, PERIOD 2023 - 2024.

Bach. Obst. Gabriela Donna Cuellar Sinti
Bach. Obst. Brenda Soley Donayre Fasanando

Objective.

To identify epidemiological and clinical factors in women with cervical cancer treated in two hospitals in Loreto, period 2023 - 2024.

Methodology.

Quantitative, correlational, cross-sectional and retrospective research. Population and sample of 161 women.

Result.

It was identified that women with cervical cancer in two hospitals in Loreto were in stage II of the disease with 46%. Sociodemographic factors: 42.8% (69) were between 36 and 50 years old, marital status cohabiting 61.5% (99), secondary education level 52.9% (85), urban origin 73.3% (118) and occupation housewife 74.0% (119). Clinical factors: 78.8% (127) of the women initiated sexual relations before 17 years of age, 69.6% (112) had two or more sexual partners, 78.3% (126) did not use contraceptives, 50.9% (82) had 3 to 5 children, 83.8% (135) had vaginal delivery and 81.9% (132) had a history of STIs.

Conclusion.

The sociodemographic factor "level of education" and clinical factors such as age at onset of sexual intercourse, parity, type of delivery (vaginal), and history of STIs are statistically related to cervical cancer in two hospitals in Loreto ($p < 0.05$).

Keywords: Cervical cancer, epidemiological and clinical factors.

CAPÍTULO I: Marco teórico.

1.1 Antecedentes del estudio.

Estudios Internacionales.

Pérez P, et al (2019) publicaron un artículo titulado “Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba”. **Objetivo:** Caracterizar los principales factores asociados al cáncer de cuello uterino en un área de salud. **Metodología:** Estudio descriptivo de serie de casos de las pacientes registradas en la consulta de citología vaginal, con diagnóstico de displasia o carcinoma de cérvix en el periodo del 2017, con una muestra de 33 mujeres, que resultaron positivas. **Resultados:** El diagnóstico más frecuente fue la displasia leve con el 54,5% y moderada 36,3%, en mujeres con edad entre los 40 y los 44 años y los 25 a 29 años. Entre las características principales que definen el riesgo de cáncer de cuello uterino se encuentran el inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años 78,8%, relaciones sexuales con ≥ 5 parejas 57,5% y la multiparidad 42,4% entre 2 y 3 hijos (1).

Palman C, et al (2021) publicaron un artículo titulado “Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino en el Policlínico Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa en La Habana, que abarcó el período de septiembre de 2017 a diciembre de 2019”. **Objetivo:** Caracterizar las mujeres con factores de riesgo de cáncer cérvicouterino. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se trabajó con 36 mujeres que presentaron alguno de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino. **Resultados:** predominó el color de la piel negra 48,70%, las mayores de 65 años 32,3%, educación secundaria básica terminada 50,0%, antecedente familiar de cáncer 83,30%, inicio de la actividad sexual

antes de los 15 años 68,9%, el hábito de fumar 67,71% y la presencia del virus del papiloma humanos 58,3%. La mayoría tuvo entre tres y cuatro hijos 57,0%. Solo 38,1% usaban anticonceptivos (2).

Duque J, (2022) en su tesis titulada “Descripción clínica y epidemiológica de las pacientes con citologías cérvicouterinas estudiadas en el Departamento de Patología de la Universidad de Antioquia durante el período 2008-2018” **Objetivo:** Analizar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociado a la aparición de lesiones precursoras de cáncer cérvicouterino. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se incluyeron 91473 historia clínicas. **Resultados:** Edad media de 35 años, el 50% de las pacientes inicio relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, además se encontró asociación estadística con las variables edad, métodos anticonceptivos e inicio de relaciones sexuales (3).

Marañón T, (2021) publicó un artículo científico titulado “Características clínico-epidemiológicas, colposcópicas y citológicas en pacientes VIH/sida atendidas en consulta de patología de cuello del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de la provincia de Santiago de Cuba” **Objetivo:** Mostrar el comportamiento clínico epidemiológico, colposcópico y citológico en mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal donde se estudiaron 73 mujeres portadoras de VIH/sida. **Resultados:** La mayoría de las pacientes estuvo en el rango de edades de 25 a 45 años e iniciaron las relaciones sexuales precozmente, tuvieron el antecedente de al menos un parto y fueron diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana hace más de cinco años. Un 24,6% de las pacientes en estudio tenía vaginosis bacteriana. El 12,3% los hallazgos colposcópicos sugirieron una lesión intraepitelial de alto grado, en 2,7% cáncer invasor y 28,7% de las pacientes presentó citologías de alto y bajo grado (4).

Antecedentes nacionales

Soto R, (2019) en su tesis titulado “Características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes del Hospital Regional del Cusco. 2014-2018”. **Objetivo:** Identificar las características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino. **Metodología:** Estudio de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. la población compuesta por 159 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino. **Resultados:** La incidencia y mortalidad en ascenso, de 29 a 34 casos y de 1 a 6 muertes respectivamente, el 72,3% provienen de las provincias del cusco, nivel de educación primario y sin instrucción 45,5%, ama de casa 80,5%, edad de inicio de relaciones sexuales de 14 a 15 años 27%, menarquia de 12 a 13 años en 17,6%, paridad de 4 hijos a más 70%, sin antecedentes de citología cervical 75,5%, estadios clínicos comunes IIB 31,4%, IA 22%, IIIB14,4%, IV 10,6% correspondiente a cáncer invasivo (5).

Carhuas V, et al (2020) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en mujeres menores de 35 años atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante el periodo 2013-2019” **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix. **Metodología:** Investigación de tipo caso control, diseño observacional, analítico, transversal y retrospectivo; en una población de 70 mujeres **Resultados:** Los factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix estadísticamente significativa fueron: edad inicio de relaciones sexuales menor a 20 años con un OR de 6.8, uso de anticonceptivos con un OR de 4.023 y parejas sexuales mayor o igual a 3 con un OR de 5.8 (6) .

Fuertes L, (2020) en su tesis titulado “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015-2019”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino **Metodología:** Estudio de tipo no experimental, analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles; con una muestra de 208 pacientes. **Resultados:** Se halló asociación estadística en pacientes que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, con un p-valor de 0.037 (p-valor <0.05), pacientes con 4 o más parejas sexuales, p-valor de 0.037, infección por el virus del papiloma humano, p-valor de 0.000, en los casos con antecedente familiar, se obtuvo un p-valor de 0.015 (7).

Mendoza K, et al (2021) en su tesis titulado “Factores de Riesgo asociados a cáncer de cuello uterina en pacientes atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción, Junín, 2021”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino. **Metodología:** Estudio cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 130 pacientes, con una muestra de 55 pacientes. **Resultados:** Los factores de riesgo asociados fueron: La edad de inicio de relaciones sexuales entre 10 a 14 años, se encuentran en el estadio III el 40% y en estadio I el 12,7%, el 45,5% tuvieron entre 2 a 3 parejas sexuales, y el 23,6% presenta cáncer en estadio III. En cuanto a la paridad el 58,2% de las pacientes con cáncer son multíparas y el 29,1% de ellas están en el estadio I y el 20% en estadio II (8).

Vera L, et al (2021) realizaron una tesis titulada “Factores predisponentes asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica, 2019”. **Objetivo:** Identificar los factores predisponentes asociados al cáncer de cuello uterino. **Metodología:** Estudio tipo básica, nivel descriptivo

transversal, diseño no experimental, la muestra constituida por 50 casos de Papanicolaou (PAP) positivos. **Resultados:** El 60% presentó Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE) y el 40% Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE), en los factores culturales tenemos: edad de inicio de relaciones sexuales de 15 a 19 años 54% ($p=0.018$), el 58% presentó antecedentes de infecciones de transmisión sexual ($p=0.001$), 52% eran multíparas, el 48% usaron AOC, 60% con antecedentes familiares y el 60% tuvieron 2 parejas sexuales ($p=0.00$) (9).

Rivera M, (2021) en su tesis titulado “Factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino en mujeres entre 30 a 64 años en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2018”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino **Metodología:** Diseño descriptivo, retrospectivo y de corte trasversal, la muestra constituida por 52 pacientes. **Resultados:** Los factores sociodemográficos predominantes fueron: 65,4% edades entre 30 a 41 años, 61,5% con estudios de nivel secundario, 69,3% convivientes y no se encontró asociación al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Los factores Gineco-obstétricos predominantes fueron: 94,2% iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años, 53,9% son multíparas, el 98,1% no tienen antecedentes de cáncer de cérvix, el 59,6% no tiene antecedentes de ITS, el 38,5% no usan método anticonceptivo, el 94.2% no son pacientes inmunodeprimidas; no se asociaron al desarrollo del cáncer de cuello exceptuando el 69,3% tiene de 2 a 3 parejas sexuales que se asocia al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Los factores conductuales predominantes fueron; el 86,5% no estuvieron expuestas al tabaco y no se asociaron al desarrollo del cáncer de cuello uterino (10).

Antecedentes regionales.

Guerra M, et al (2022) en su tesis titulado “Factores de riesgo asociado a lesiones del cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Atención Primaria EsSalud San Juan periodo 2021”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociado a lesiones del cuello uterino. **Metodología:** Estudio tipo cuantitativo, diseño correlacional, corte transversal y retrospectivo, con una muestra de 309 mujeres **Resultado:** En los factores generales se encontró: El 65% son mujeres > de 30 años, nivel secundario 57,3%, de zona rural 57,9%, de estado civil convivientes 45,3%, trabajo independiente 66,7%. Factores reproductivos: Más de 2 partos 58,2%, el primer embarazo antes de 19 años 52,8%, no tuvieron aborto previo 67,6%, parto vaginal 76,4%, método anticonceptivo tipo hormonal 70,6%. Factores en salud sexual: El 52,4% tuvieron examen de Papanicolaou previo, inicio de relaciones sexuales después de los 15 años 78,3%, más de 2 parejas sexuales 96,4%, no ITS 82,8%, no antecedente familiar de cáncer de cuello uterino 75,7%. Factores de hábitos nocivos: Consumo de alcohol 51,7% y no consumen tabaco 72,2%. Factores patológicos: Más del 50% no tuvieron clamidia, tricomoniasis y candidiasis, 54,7% con vaginosis bacteriana y el 70,5% PVH. Se asocia estadísticamente a lesiones del cuello uterino el inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, no consumo de tabaco y la infección por PVH (11).

1.2 Bases teóricas.

1.2.1 Cáncer

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células, que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada (12) .

1.2.2 Cáncer de cérvix.

El cáncer de cuello uterino aparece en la zona de transición epitelial, la cual consta de células troncales (células madre) desde donde se originan la mayor parte de los cánceres. De manera que algunas células madre sufren la transformación y se convierten en displasia o adenoma producto de la infección por Virus papiloma Humano (VPH), luego otras alteraciones genéticas condicionan que la expresión del genoma viral (si se integran o no E6 y E7 en forma permanente) origina el carcinoma, in situ, y otros cambios genéticos permitirán que la célula destruya la lámina basal entre al estroma en lo que se conoce como transición epitelio-mesénquima (27).

Debido a que los dos genes participan de manera importante en el control del ciclo celular, estos eventos favorecen el crecimiento descontrolado de las células como la transición maligna en el cáncer cervicouterino. Después de los cambios previos se inicia el proceso de extravasación (atravesar vasos linfáticos o sanguíneos) por donde las células se diseminarán para dar origen a las metástasis (27).

1.2.3 Factores de riesgo.

El cáncer de cérvix es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la

unión escamo-columnar del cuello uterino, a partir de lesiones precursoras después que ha ocurrido una infección por el virus del papiloma humano, en presencia de otros cofactores: genéticos y ambientales (13) (14).

Infección persistente por Virus Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo: Existe más de 100 serotipos de VPH, de los cuales, un porcentaje de ellos es productor de lesiones verrugosas a nivel de la superficie cutánea, generalmente asociados a áreas de contacto sexual. Otros de los serotipos tienen un componente oncogénico, relacionados con los tipos de cáncer genitales, clasificados en: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Los tipos 26, 53 y 66 se clasificaron como de posible alto riesgo ontogénico, y 12 tipos se clasificaron de bajo riesgo oncogénico: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81. El VPH generalmente infecta la capa basal del epitelio y luego explota la proliferación y la diferenciación del epitelio a queratinocitos, para completar el ciclo de vida viral (13,14)

La infección por el VPH es el factor de riesgo determinante, aunque no suficiente, por lo que se describen otros factores de riesgo estrechamente relacionados con el virus del papiloma humano, como son:

- 1. Edad:** La edad promedio de las mujeres que se detecta por primera vez cáncer de cérvix es entre 50 y 55 años. El riesgo de desarrollar este cáncer es muy bajo entre las mujeres menores de quince años y aumenta entre la adolescencia hasta mediados de los treinta. Al contrario de muchos otros tipos de cáncer que afectan con poca frecuencia a los adultos jóvenes, el cáncer cervical puede afectar a las mujeres jóvenes de entre veinte y treinta años (34).

- 2. Inicio de relaciones sexuales a temprana edad:** (antes de los 17 años) Mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer cérvico uterino debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la infección por virus del papiloma humano. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino (34).
- 3. Múltiples parejas sexuales o pareja sexual con conducta de riesgo:** Riesgo de contraer el virus papiloma humano u otra ITS (34).
- 4. Inmunosupresión:** Mujeres con trasplante de órganos, corticoides por enfermedad autoinmune o Inmunodeficiencia causada por VIH (34).
- 5. Antecedente de displasia de vulva o vagina asociada a VPH:** La vagina comienza desde el cuello uterino, tiene una capa de células planas llamadas células escamosas, las mismas células que recubre el cuello uterino, por lo que, al iniciarse el cáncer en la vagina, las células migran rápidamente al cuello uterino; de la misma forma se comporta el cáncer que se inicia en la vulva (15).
- 6. Multiparidad:** Aumenta el riesgo de cáncer de cérvix debido a mayor número de contactos sexuales, a traumas cervicales, desgarros del parto no suturados con más exposición a virus oncogénicos y a cambios hormonales con

posible acción carcinogénica. Se ha demostrado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar el parto vaginal como un factor de riesgo del cáncer de cérvix, este aspecto debe relacionarse con el número elevado de abortos donde el útero está sometido a instrumentaciones y traumatismos (15).

- 7. Falta o ausencia de tamizaje para cáncer de cérvix:** No haberse practicado un tamizaje es otro de los factores de riesgo, dado a que su realización sistemática mediante las diferentes técnicas, es esencial para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix y sea demostrado que más de la mitad de los casos se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares. Generalmente se da en poblaciones o regiones de nivel socioeconómico bajo con ausencia o deficientes programas de tamizaje en cáncer de cérvix (15).
- 8. Tabaquismo:** El hábito de fumar incrementa el riesgo de cáncer de cérvix, la nicotina, una vez en el torrente sanguíneo, al llegar al cuello uterino se transforma en un encógenos capaz de inducir cambios mito génicos en las células cervicales. Algunos estudios sugieren que las mujeres fumadoras tienen dos veces más riesgo que las no fumadoras, por la acción de los elementos carcinogénicos del humo del tabaco (15).
- 9. Nivel socioeconómico bajo:** Se considera un factor de riesgo de cáncer de cérvix. Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo, tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa conciencia acerca de los

temas de salud y de una conducta preventiva (16).

10. Uso de anticonceptivos orales: La relación con el cáncer de cérvix es controvertida, aunque algunos estudios destacan un incremento de riesgo cuando se usan por más de cinco años, además de la posible activación que pueden ejercer estos sobre la infección por el virus del papiloma humano (16).

11. Mujeres que han padecido infecciones de transmisión sexual: Condilomas, Trichomonas, Clamidias y Sífilis (16).

12. Hombres con carcinoma de pene: Riesgo de transmitir algún agente etiológico para el desarrollo del cáncer de cérvix a la compañera sexual (papiloma virus) (16).

1.2.4 Historia natural del cáncer

La historia natural de la enfermedad revela la presencia de un fenómeno dinámico de progresión, persistencia y regresión de lesiones intraepiteliales en las cuales el virus papiloma humano juega un papel preponderante, que en muchos casos se produce la regresión hacia la normalidad. En otros, cuando ya el genoma viral está integrado al de las células del epitelio escamoso cervical, entonces puede ocurrir la progresión hacia las lesiones intraepiteliales cervicales, y en los casos más severos a la invasión. La historia natural del cáncer cérvico uterino implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales pre-invasoras (neoplasias intraepiteliales cervicales o intracervicales NIC I, NIC II, NIC III y carcinoma in situ, conocido por su sigla CIS) y carcinoma invasor en sus diferentes etapas. La neoplasia intraepitelial cervical se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares. Si la displasia está confinada

al tercio inferior del epitelio estamos en presencia de una NIC I también conocida como lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG); si implica los dos tercios inferiores se denomina NIC II y si las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio están en presencia de una NIC III. Estas dos últimas denominaciones, en conjunto, se conocen también como: lesiones intraepiteliales de alto grado (LIE-AG) (17).

1.2.5 Diagnóstico

El diagnóstico de cáncer de cérvix es por histopatología, a través de una biopsia del área anormal de cérvix o del tumor de cérvix. Realizar un examen clínico minucioso de las genitales externos, vulva, mucosa vaginal y cérvix, si hay un tumor en cérvix describir su tamaño y si hay o no compromiso de mucosa vaginal. Adicionalmente se debe hacer un examen de las regiones inguinales, en cuello, buscando adenopatías metastásicas, de presentarse adenopatías sospechosas deben tener biopsia con aguja fina. Y finalmente se debe realizar tacto rectal para evaluar compromiso de parametrio. En pacientes con citología cervical que indica lesión de alto grado con sospecha de invasión, sin tumor visible al examen clínico, deben tener colposcopia y biopsia de cérvix. Si la biopsia es negativa y con citología de alto grado o sospecha de cáncer infiltrante, la paciente tiene indicación de cono diagnóstico tipo III, en una sola pieza operatoria con una profundidad de 1,5 cm de la pieza operatoria. El diagnóstico debe incluir el estadiaje clínico determinando el tamaño y extensión del tumor a estructuras vecinas, además se debe complementar con estudio de imágenes como tomografía espiral multicorte (TEM) o resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste para determinar compromiso parametrial o adenopatías retroperitoneales. Cistoscopia o colonoscopia están indicados

siempre y cuando haya la sospecha de compromiso de mucosa vesical o rectal (16).

1.2.6 Estadíaje

Según la FIGO (16):

Estadio I: El carcinoma está estrictamente confinado al cérvix.

IA El carcinoma invasivo puede ser diagnosticado solo por microscopía, con infiltración < 5 mm

IA1 Infiltración de estroma < 3 mm en profundidad

IA2 Infiltración de estroma > 3 mm y < 5 mm en profundidad

IB Carcinoma invasivo con infiltración con una profundidad > 5 mm (mayor que en el estadio IA), lesión limitada al cuello uterino

IB1 Carcinoma invasivo > 5 mm de profundidad de invasión estromal y < 2 cm en su mayor dimensión

IB2 Carcinoma invasivo > 2 cm y < 4 cm en su mayor dimensión

IB3 Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión

Estadio II: El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de vagina ni a la pared pélvica.

IIA Compromiso limitado a los dos tercios superiores de la vagina sin compromiso parametrial

IIA1 Carcinoma invasivo < 4 cm en su mayor dimensión

IIA2 Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión

IIB Con compromiso parametrial, pero no hasta pared pélvica

Estadio III: El carcinoma compromete el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los ganglios linfáticos pélvicos y/o para-aórticos

IIIA El carcinoma compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica

IIIB Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o insuficiencia renal

IIIC Compromiso de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos, independientemente del tamaño del tumor y la extensión (con anotaciones de r y p)

IIIC1 Metástasis sólo en ganglios linfáticos pélvicos

IIIC2 Metástasis en ganglios linfáticos para-aórticos

Estadio IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado la mucosa de la vejiga o recto (probado por biopsia).

IVA Extensión a los órganos pélvicos adyacentes

IVB Extensión a órganos a distancia

1.2.7 Cuadro clínico

La presentación clínica, es variable e inespecífica. Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un precáncer se torna en un cáncer invasivo verdadero y crece hacia el tejido adyacente. El cáncer cervical intraepitelial puede producir friabilidad y ulceración del cérvix, dando lugar a manchado, sangrado ínter menstrual, sangrado después de la menopausia o después de sostener relaciones sexuales y menos frecuentemente con la defecación; el sangrado después del examen pélvico es un síntoma común del cáncer de cuello uterino, pero no de precáncer; flujo vaginal por infección secundaria, dolor en el pubis, durante el coito y dolor pélvico por extensión lateral del tumor hacia los plexos nerviosos pélvicos por el tumor primario o bien por un nódulo y

son signos que indicarían enfermedad avanzada; los tumores pueden ser epiteliales atípicos, carcinoides, carcinomas microcíticos, sarcomas y linfomas.

De forma similar, el dolor en el flanco, producido por la hidronefrosis, que orienta una obstrucción uretral o trombosis venosa profunda por compresión de un vaso iliaco, sugiere enfermedad nodular extensa o extensión directa del tumor primario hacia la pared pélvica. la formación de fístulas vesicales o intestinales y edema de miembros inferiores puede presentarse por obstrucción linfática e indican un cáncer cervical intraepitelial extenso con un pronóstico malo (16) (18) (19).

1.2.8 Tamizaje y detección. (20)

Citología cervical o Papanicolaou (PAP). Tiene una sensibilidad alrededor del 50%. Consiste en obtener células mediante un raspado con un cepillo o espátula de la zona de transformación (abertura del cuello uterino).

Inspección visual con ácido acético (IVAA). Examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas.

Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH). Detecta el ADN de VPH de alto riesgo. Estas pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP.

1.2.9 Prevención y control (13)

Prevención primaria: Se basa en la aplicación de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH), antes del comienzo de la vida sexual con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad. En la actualidad, existen dos vacunas profilácticas ampliamente comercializadas a niveles internacionales y cuya administración está autorizada a nivel global: la vacuna tetravalente (GARDASIL), que previene la infección por los serotipos 16, 18, 6 y 11; y la vacuna bivalente (CERVARIX), que previene los 16 y 18.

Prevención secundaria: Conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentan la posibilidad de cura, mejoran la calidad de vida y la supervivencia y disminuyen la mortalidad por cáncer. Esto se logra con la realización del Papanicolaou cada uno o tres años, y con la realización de las pruebas del virus del papiloma humano.

Prevención terciaria: Engloba las actividades para la rehabilitación y prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

1.3 Definición de términos básicos.

Cáncer de cérvix. Proliferación de células anormales en el cuello uterino.

Factores epidemiológicos y clínicos. Características asociadas que aumentan la probabilidad del desarrollo del cáncer cervicouterino.

CAPITULO II: Planteamiento del problema.

2.1 Descripción del problema.

El cáncer de cérvix es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH), estos, se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas (21).

En el ámbito mundial es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer, con una incidencia estimada en el año 2020 de 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes, el carcinoma de células escamosas (CCE), junto con el adenocarcinoma, constituyen más del 98% de los casos de cáncer de cuello uterino; más del 90% tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medianos, siendo la tasa de mortalidad mundial estandarizada por edad de 13,3 por 100 000 mujeres (22). Los países Sudamericanos registran las incidencias más altas, seguido de centro América, el Caribe y parte de Asia; las incidencias más bajas se reportan en Europa, Norteamérica y Japón (23). Se diagnostica frecuentemente en mujeres de 35 y 44 años, siendo la edad promedio de diagnóstico los 50 años y rara vez se desarrolla en mujeres menores de 20 años, (24) encontrando una incidencia de 0,1 por cada 100.000; incidencia que va en aumento en mujeres de 20 a 34 años a 1,3 por cada 100.000 y de 2,3 por cada 100.000 en mujeres de 35 a 54 años (25).

En América Latina es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres, las tasas de incidencia y mortalidad son las más altas, con 8,7 muertes por 100.000 mujeres, y el 75% se origina en países como Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad, es más alta en Guyana con 21,9, Bolivia con 21,0 y Nicaragua con 18,3 y se estima que los casos de cáncer de cuello uterino se incrementarán aproximadamente un 2% por año hasta

llegar a 770.000 nuevos casos en el 2030, la mayoría de los cuales serán diagnosticados en países menos desarrollados sino se logra tamizar al 90% de las mujeres (25) (26) (27). En el ámbito nacional el cáncer de cérvix constituye un problema en la salud pública en las mujeres peruanas por su alta mortalidad, por la discapacidad que produce y porque genera aumento de los costos a los sistemas de salud. Según el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN), en el año 2020 se registraron 4270 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, que representa el 6.1% de todos los tipos de cáncer, con una incidencia del 22.2% y una tasa de mortalidad del 11.5%; ocupa el segundo tipo de cáncer en las mujeres peruanas seguido del cáncer de mamas (28) (29).

A nivel de la región Loreto, la proporción del cáncer de cérvix es del 47.3%, notablemente más elevada que en la costa y la sierra (30). El cáncer de cérvix es una enfermedad multifactorial, a partir de lesiones precursoras después de una infección por el virus del papiloma humano, (VPH) de los genotipos 16 y 18 que explican el 63,1% de los cánceres de cérvix invasivos a nivel mundial y aproximadamente el 80 % de la población femenina está expuesta a lo largo de su vida, Así mismo la presencia de cofactores como los genéticos, ambientales, menarquia precoz, comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas (antes de los 17 años), multiparidad, el cambio frecuente de compañero sexual, las infecciones de transmisión sexual, vivir en zonas alejadas o no contar con seguro influyen en la infección (23) (31) (32).

Por todo lo expuesto, el cáncer de cérvix es un serio problema de salud pública desde el ámbito mundial, nacional y dentro de la Región de Loreto, por lo que se considera importante conocer los factores de riesgo que se asocian a esta patología, que afecta a miles de mujeres, a fin de tomar decisiones para la prevención y disminución de la enfermedad.

2.2 Formulación del problema.

2.2.1 Problema general.

¿Cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?

2.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son los estadios clínicos según la FIGO en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?
- ¿Cuáles son los factores epidemiológicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?
- ¿Cuáles son los factores clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?
- ¿Cuál es la relación entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?

2.3 Objetivos.

2.3.1 Objetivo general.

Identificar los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024

2.3.2 Objetivos específicos.

- Identificar los estadios clínicos según la FIGO en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024
- Identificar los factores epidemiológicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024
- Identificar los factores clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024
- Establecer la relación entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

2.4 Hipótesis.

Hipótesis alterna: (H₁)

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024.

Hipótesis nula: (H₀)

No existe relación estadísticamente significativa entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024.

2.5 Variables.**2.5.1 Identificación de variables.****Variable dependiente:**

Cáncer de cérvix:

Estadios: I, II, III, IV

Variable independiente:**I. Factores epidemiológicos:**

- ✓ Edad
- ✓ Nivel de estudios
- ✓ Estado civil
- ✓ Procedencia
- ✓ Ocupación

II. Factores clínicos:

- ✓ Antecedente de ITS
- ✓ Edad de inicio de relaciones sexuales
- ✓ Número de parejas sexuales
- ✓ Paridad
- ✓ Uso de método anticonceptivo
- ✓ Tipo de parto

2.5.2 Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Cáncer de cérvix: Crecimiento anormal de células en el cérvix.

Factores epidemiológicos y clínicos: variables atribuidas a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix.

2.5.3 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Categoría/Item	Escala de medición
Variable dependiente: Cáncer de cérvix	Proliferación de células anormales en el cérvix.	Crecimiento anormal de células en el cérvix.	Estadios	I, a, b II, a, b III, a, b IV, a, b	I, a, b II, a, b III, a, b IV, a, b	Cualitativa Nominal
Variable independiente: Factores epidemiológicos y clínicos	Característica o circunstancia que va acompañado de un aumento de la probabilidad o riesgo de que un daño o enfermedad ocurra.	Circunstancia que aumenta la probabilidad de la mujer de desarrollar cáncer de cérvix	Factores epidemiológicos	Edad. Años transcurridos desde su nacimiento hasta el momento que se diagnostica cáncer de cérvix. Nivel de estudios. Grado académico de la mujer alcanzado al momento que se diagnostica cáncer de cérvix. Estado civil. Situación jurídica de la mujer alcanzado al momento que se diagnostica cáncer de cérvix. Procedencia. Dirección registrada en la historia clínica de la mujer con diagnóstico de cáncer de cérvix.	a. 20 a 35 años b. 36 a 50 años c. > 50 años a. Sin estudios b. Primaria c. Secundaria d. Superior universitario e. Superior no universitario a. Soltera b. Conviviente c. Casada d. Otro a. Urbano b. Rural c. Urbano Marginal	Cualitativa Continua Cualitativa nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Categoría/Item	Escala de medición
				Ocupación. Actividad a la que se dedica la mujer con diagnóstico de cáncer de cérvix.	a. Trabajadora indep. b. Trabajadora del hogar c. Ama de casa d. Estudiante e. Otro	Cualitativa nominal
			Factores clínicos	Edad de inicio de relaciones sexuales	a. Antes de los 17 años b. 18 a más	Cualitativa nominal
				Número de parejas sexuales	a. 1 b. 2 o más	
				Uso de método anticonceptivo oral. Uso por más de 5 años	a. Si b. No	
				Paridad. Nº de hijos que tiene la mujer con diagnóstico de CACU.	a. 1 a 2 hijos b. 3 a 5 hijos c. ≥ a 6 hijos	
				Tipo de parto:	a. Parto vaginal b. Parto cesárea	
				Antecedente de ITS	Infección por VPH: a. Si b. No Infección por VIH: a. Si b. No Sífilis: a. Si b. No Clamidia: a. Si b. No Trichomonas: a. Si b. No	

CAPÍTULO III: Metodología

3.1 Tipo y diseño de investigación.

Estudio tipo cuantitativo porque los datos recopilados fueron analizados y cuantificados.

Diseño de Investigación

- Correlacional, porque se estableció relaciones entre la variable cáncer de cérvix y la variable factores epidemiológicos y clínicos en un momento determinado.
- Corte transversal, porque los datos fueron recolectados en un solo momento.
- Retrospectivo, porque los datos se recolectaron de los archivos sobre hechos sucedidos.

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población.

Se consideraron dos poblaciones:

52 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix diagnosticadas en el Hospital Iquitos César Garayar García y 109 mujeres diagnosticadas en el Hospital Regional de Loreto, periodo 2023-2024.

3.2.2 Muestra.

El cálculo de la muestra será mediante el uso de la fórmula de poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \alpha \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \alpha \times p \times q}$$

Hospital Iquitos César Garayar García:

Dónde: N = 52

$Z^2 \alpha$ = Valor esperado del nivel de confianza de 95% = 1,96

$p_1 = p_2 = 0.05$

$e = 0.05$

Hospital Regional de Loreto:

Dónde: $N = 109$

$Z^2\alpha$ = Valor esperado del nivel de confianza de 95% = 1,96

$p_1 = p_2 = 0.05$

$e = 0.05$

Hospital	N	n
Iquitos	52	18
Regional	109	38
Total	161	56

Se usará el tipo de muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple, de tal manera que todas las mujeres tendrán la misma posibilidad de participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de cérvix
- Mujeres a partir de los 20 años
- Mujeres referidas y no referidas
- Libros de registros completos

Criterios de exclusión:

- Libros de registros incompletos

3.3 Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.

Técnicas:

La técnica empleada fue el análisis documental, a través de la revisión de los registros de los consultorios de prevención de cáncer.

Instrumento:

Fue una ficha de recolección de datos elaborada por las investigadoras teniendo en cuenta la literatura revisada y los antecedentes del estudio,

la cual fue validada por juicio de expertos, obteniendo como validez del 90%.

La ficha tuvo tres partes:

- I. Estadío de cáncer
- II. Factores sociodemográficos: edad, nivel de estudios, estado civil, procedencia y ocupación.
- III. Factores Gíneco-obstétricos: edad de inicio de relaciones sexuales, Número de parejas sexuales, uso de método anticonceptivo oral, paridad, tipo de parto y antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

Procedimiento de recolección de datos.

- Se solicitó el permiso a ambos directores de los hospitales
- Se presentó el proyecto al comité de ética de ambos hospitales, informándoles sobre los objetivos del estudio
- Se procedió a recolectar la información
- Finalmente, la información fue procesada y analizada según el caso.

3.4 Procesamiento y análisis de datos.

Los datos obtenidos fueron analizados en el programa SPSS versión 27, con un 95% de confiabilidad y significancia de alfa 0.05, posteriormente la tabulación y las tablas elaboradas permitieron explicar cada uno de los objetivos propuestos. Para la prueba de hipótesis se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

3.5 Consideraciones éticas.

Para este estudio se contó con el permiso de los directores de ambos hospitales y la aprobación del Comité Institucional de Ética. El estudio consistió en la revisión de los registros del consultorio de prevención de cáncer, no fue necesario aplicar el consentimiento informado; se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos, que fueron empleados con el fin de explicar los objetivos del estudio.

CAPÍTULO IV: Resultados

Tabla N° 1

Estadios clínicos según la FIGO en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Estadios clínicos	Hospitales de Loreto					
	Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estadio I	7	18,4	6	33,3	13	21,1
Estadio II	23	60,5	4	22,2	27	46,0
Estadio III	7	18,4	8	44,4	15	30,5
Estadio IV	1	2,6	0	0,0	1	2,4
Total	38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 1: Corresponde a los estadios clínicos de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 60,5% (23) de los casos diagnosticados en el Hospital Regional pertenecen al estadio II, el 44,4% (8) de los casos diagnosticados en el Hospital Iquitos pertenecen al estadio III. Sin embargo, del total de los casos diagnosticados en ambos hospitales, el 46% (27) pertenecen al estadio II.

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE
CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LORETO,
PERIODO 2023 – 2024**

Tabla N° 2

**Edad de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de
Loreto, periodo 2023 – 2024**

Factores epidemiológicos		Hospitales de Loreto					
		Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad	20 a 35 años	4	10,5	9	50,0	13	23,3
	36 a 50 años	20	52,6	6	33,3	26	46,4
	Mayor de 50	14	36,8	3	16,7	17	30,3
Total		38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 2: Corresponde a la edad de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 46,4% (26) de las mujeres atendidas con cáncer de cérvix en ambos hospitales tenían entre 36 a 50 años.

Tabla N° 3

Estado civil de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores epidemiológicos		Hospitales de Loreto					
		Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Estado civil	Soltera	7	18,4	6	33,3	13	23,3
	Conviviente	23	60,5	9	50,0	32	57,2
	Casada	6	15,8	3	16,7	9	16,0
	Otro	2	5,3	0	0,0	2	3,5
Total		38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 3: Corresponde al estado civil de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 57,2% (32) de las mujeres atendidas con cáncer de cérvix en ambos hospitales practicaban la convivencia.

Tabla N° 4

Nivel de estudios de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores epidemiológicos		Hospitales de Loreto					
		Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nivel de estudios	Sin estudios	1	2,6	0	0,0	1	1,8
	Primaria	16	42,1	7	38,9	23	41,0
	Secundaria	20	52,6	11	61,1	31	55,4
	Superior Univ.	1	2,6	0	0,0	1	1,8
	Supe. no Univ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total		38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 4: Corresponde al nivel de estudios de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 55,4% (31) de las mujeres atendidas con cáncer de cérvix en ambos hospitales cursaban estudios secundarios.

Tabla N° 5

Procedencia de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores epidemiológicos		Hospitales de Loreto					
		Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Procedencia	Urbano	28	73,7	13	72,2	41	73,3
	Rural	4	10,5	2	11,1	6	10,7
	Urbano marginal	6	15,8	3	16,7	9	16,0
Total		38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 5: Corresponde a la procedencia de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 73,3% (41) de las mujeres atendidas con cáncer de cérvix en ambos hospitales eran provenientes de la zona urbana.

Tabla N° 6

Ocupación de las mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores epidemiológicos		Hospitales de Loreto					
		Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Ocupación	Ama de casa	30	78,9	9	50,0	39	69,6
	Trabajadora independiente	6	15,8	6	33,3	12	21,4
	Otros	2	5,3	2	11,1	4	7,3
	Estudiante	0	0,0	1	5,6	1	1,7
Total		38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 6: Corresponde a la ocupación de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 69,6% (39) de las mujeres atendidas con cáncer de cérvix en ambos hospitales fueron amas de casa.

Tabla N° 7

Factores clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores clínicos		Hospitales de Loreto					
		Hospital Regional		Hospital Iquitos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad de inicio de RR SS	Antes de los 17 años	31	81,6	16	88,9	47	83,9
	18 años a más	7	18,4	2	11,1	9	16,1
Número de parejas sexuales	Uno	12	31,6	6	33,3	18	32,2
	Dos o mas	26	68,4	12	66,7	38	67,8
Uso de métodos anticonceptivos	Si	15	39,5	4	22,2	19	33,9
	No	23	60,5	14	77,8	37	55,1
Paridad	De 1 a 2 hijos	17	44,7	6	33,3	23	41,1
	De 3 a 5 hijos	21	55,3	10	55,6	31	55,3
	≥ a 6 hijos	0	0,0	2	11,1	2	3,6
Tipo de parto	Vaginal	32	84,2	14	77,8	46	82,1
	Cesárea	6	15,8	4	22,2	10	17,9
Antecedente de ITS	Infección por VPH	29	76,3	16	89,0	45	80,4
	Infección por VIH	1	2,6	0	0,0	1	1,8
	Sífilis	0	0,0	1	5,5	1	1,8
	Clamidia	0	0,0	0	0,0	0,0	0
	Trichomonas	0	0,0	0	0,0	0,0	0
	Ninguno	8	23,7	1	5,5	9	16,0
Total		38	100,0	18	100,0	56	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 7: Corresponde a los factores clínicos de las mujeres con cáncer de cérvix, de las cuales el 83,9% (47) de las mujeres iniciaron relaciones sexuales antes de los 17 años, el 67,8% (38) tuvieron de dos a más parejas sexuales, el 55,1% (37) no usaron anticonceptivos, el 55,3% (31) tuvo de 3 a 5 hijos, el 82,1% (46) tuvieron parto vaginal y el 80,4% (45) tuvieron antecedente de VPH.

Tabla N° 8

Relación entre los factores epidemiológicos y cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores epidemiológicos			ESTADIO CLÍNICO					Análisis estadístico
			I	II	III	IIII	Total	
Edad	20 a 35 años	N°	5	5	3	0	13	X² = 5,0 P= 0,54
		%	38,5%	38,5%	23,1%	0,0%	100,0%	
	36 a 50 años	N°	6	13	7	0	26	
		%	23,1%	50,0%	26,9%	0,0%	100,0%	
	Mayor de 50 años	N°	2	9	5	1	17	
		%	11,8%	52,9%	29,4%	5,9%	100,0%	
Estado civil	Soltera	N°	3	7	3	0	13	X² = 8,1 P= 0,51
		%	23,1%	53,8%	23,1%	0,0%	100,0%	
	Conviviente	N°	9	13	9	1	32	
		%	28,1%	40,6%	28,1%	3,1%	100,0%	
	Casada	N°	1	5	0	0	6	
		%	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Otro	N°	0	2	3	0	5	
		%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%	
Nivel de Estudios	Sin estudios	N°	0	1	0	0	1	X² = 15,8 P= 0,02
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Primaria	N°	5	11	7	0	23	
		%	21,7%	47,8%	30,4%	0,0%	100,0%	
	Secundaria	N°	8	14	8	1	31	
		%	25,8%	45,2%	25,8%	3,2%	100,0%	
	Superior Universitario	N°	0	1	0	0	1	
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Superior no universitario	N°	1	0	1	0	0,0	
		%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
Procedencia	Urbano	N°	9	22	9	1	41	X² = 4,1 P= 0,65
		%	22,0%	53,7%	22,0%	2,4%	100,0%	
	Rural	N°	3	3	0	0	6	
		%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Urbano marginal	N°	1	2	6	0	9	
		%	11,1%	22,2%	66,7%	0,0%	100,0%	
	Total	N°	38	100,0	18	100,0	56	
		%	21,1%	46,0%	30,4%	2,5%	100,0%	

			ESTADIO CLINICO					Análisis estadístico
Factores epidemiológicos			I	II	III	IIII	Total	
Ocupación	Ama de casa	N°	8	20	10	1	39	$\chi^2 = 5,9$ $P = 0,27$
		%	20,5%	51,3%	25,6%	2,6%	100,0%	
	Estudiante	N°	0	1	0	0	1	
		%	0,0%	100,0	0,0%	0,0%	100,0%	
	Trabaja dora indep.	N°	5	3	4	0	12	
		%	41,7%	25,0%	33,3%	0,0%	100,0%	
	Otros	N°	0	3	1	0	4	
		%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%	
	Total		N°	38	100,0	18	100,0	56
			%	21,1%	46,0%	30,4%	2,5%	100,0%

Tabla N° 8: Se observa predominio de mujeres con cáncer de cérvix en estadio II; de las cuales el 50,0% (13) tienen de 36 a 50 años, seguido de mujeres mayores de 50 años con el 52,9% (9). El 40,6% (13) fueron mujeres convivientes con cáncer de cérvix en estadio II y 28,1% (9) en estadio III. El 45,2% (14) de mujeres con cáncer de cérvix en estadio II cursaban estudios secundarios y el 31,8% (27) en estadio III. El 53,7% (22) de mujeres con cáncer de cérvix en estadio II provenían de la zona urbana. El 51,3% (20) de las mujeres con cáncer de cérvix en estadio II fueron amas de casa. El factor nivel de estudios se relaciona estadísticamente con el estadio II de cáncer de cérvix, con valor $p < 0,05$ ($p=0,01$), mas no existe relación con las otras variables de estudio.

Tabla N° 9

Relación entre los factores clínicos y cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024

Factores clínicos			ESTADIO CLÍNICO				Total	Análisis estadístico
			I	II	III	IIII		
Edad de inicio relaciones sexuales	Antes de los 17 años	Nº	10	22	12	2	46	X² = 14,2 P= 0,03
		%	21,7%	47,8%	26,2%	4,3%	100,0%	
	18 años a más	Nº	2	8	0	0	10	
		%	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Número de parejas sexuales	Uno	Nº	6	8	4	0	18	X² = 1,9 P= 0,58
		%	33,3%	44,4%	22,2%	0,0%	100,0%	
	Dos o más	Nº	7	19	11	1	38	
		%	18,4%	50,0%	28,9%	2,6%	100,0%	
Uso método anticonceptivo oral	Si	Nº	5	10	4	0	19	X² = 1,1 P= 0,77
		%	26,3%	52,6%	21,1%	0,0%	100,0%	
	No	Nº	8	17	11	1	37	
		%	21,6%	45,9%	29,7%	2,7%	100,0%	
Paridad	De 1 a 2 hijos	Nº	7	8	2	0	17	X² = 12,8 P= 0,04
		%	25,9%	29,6%	7,4%	0,0%	100,0%	
	De 3 a 5 hijos	Nº	6	18	12	1	37	
		%	22,2%	66,7%	44,4%	3,7%	100,0%	
> o igual a 6 hijos	Nº	0	1	1	0	2		
	%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%		
Tipo de parto	Vaginal	Nº	11	22	12	1	46	X² =28,3 P= 0,03
		%	23,9%	47,8%	26,1%	2,2%	100,0%	
	Cesárea	Nº	2	5	3	0	10	
		%	20,0%	50,0%	30,0%	0,0%	100,0%	
Total		Nº	13	27	15	1	56	
		%	23,2%	48,2%	26,8%	1,8%	100,0%	

Factores epidemiológicos			ESTADIO CLÍNICO				Total	Análisis estadístico
			I	II	III	IIII		
Antecedente de ITS=	Infección por VPH	N°	12	21	11	1	45	$\chi^2 = 32,1$ $p = 0,00$
		%	26,7%	46,7%	24,4%	2,2%	100,0%	
	Infección por VIH	N°	1	0	0	0	1	
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Infección por sífilis	N°	0	1	0	0	1	
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Infección por Clamidia	N°	0	0	0	0	0	
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Infección por trichomonas	N°	0	0	0	0	0	
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Ninguno	N°	0	7	1	1	9	
		%	0,0%	21,3%	1,0%	2,5%	100,0%	
	Total	N°	13	29	13	1	56	
		%	23,2%	48,2%	26,8%	1,8%	100,0%	

Tabla N° 9: Se observa predominio de mujeres con cáncer de cérvix en estadio II; de las cuales el 47,8% (22) iniciaron relaciones sexuales antes de los 17 años, seguido de mujeres con cáncer de cérvix en estadio III con el 26,2% (15). El 50,0% (19) tuvieron dos a más parejas sexuales y se encontraban con cáncer de cérvix en estadio II y 28,9% (11) en estadio III. El 45,9% (17) de mujeres con cáncer de cérvix en estadio II no usaron métodos anticonceptivos, seguido del estadio III con el 29,7% (11). El 66,7% (18) de mujeres con cáncer de cérvix que se encontraban en estadio II y el 44,4% (12) que se encontraban en estadio III tuvieron de 3 a 5 hijos. El tipo de parto fue vaginal en el 47,8% (22) en las mujeres con cáncer de cérvix en estadio II y en el 26,1% (12) en estadio III. El 46,7% (21) de mujeres con cáncer de cérvix en estadio II tuvo antecedente de infección

por VPH y las mujeres con cáncer de cérvix en estadio III representa 24,4% (11). El factor paridad, tipo de parto y antecedente de ITS se relaciona estadísticamente con el estadio II de cáncer de cérvix, con valor $p < 0,05$ mas no existe relación con las otras variables de estudio.

CAPÍTULO V: Discusión, conclusiones y recomendaciones

Discusión

En el estudio realizado se determinó los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024; se determinó que, el 46% de las mujeres con cáncer de cérvix se encontraban en estadio II y el 30,5% en estadio III de la enfermedad, según la calificación de la FIGO (Federación Internacional de Gineco Obstetricia), hallazgo que coincide con Marañón T (4) con el 12,3%, con Soto R (5) con el 31,4% y 14,4% respectivamente y con Mendoza K, et al (8) con el 40%. Estos hallazgos son diferentes a Pérez P, et al (1) que encuentra mujeres con cáncer de cérvix en estadio I con el 54,5% y Vera L, et al (9) con el 60%. El resultado del estudio demuestra que las mujeres acuden tardíamente a un chequeo, o no lo hacen en algunos casos, esto revela que no existe una cultura de prevención, lo que determina altos índices de cáncer de cérvix.

Factores epidemiológicos:

Al evaluar la edad de las mujeres con cáncer de cérvix, se halló edades entre 36 y 50 años con el 46,4%, este reporte coincide con los hallazgos de: Pérez P, et al (1), Marañón T (4) donde la mayoría de las mujeres estuvo en el rango de edades de 25 a 45 años. Hallazgos diferentes a: Palman C, et al (2) que reporta predominó de mujeres mayores de 65 años y Duque J, (3) reporta mujeres con una edad media de 35 años. Este resultado significa que el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix es muy alto en las mujeres mayores de 35 años y menores de 50 años.

Al evaluar el estado civil de las mujeres con cáncer de cérvix, se halló 57,2% de mujeres que optan por la convivencia, estos hallazgos coinciden

con Rivera M, (10) con el 69,3% y Guerra M, et al (11) con el 45,3%. Esta característica es muy común en las mujeres de la región Loreto, sin embargo, en más de la mitad de las mujeres se diagnosticó tardíamente la patología, lo que demostraría que el tener una pareja estable no es un factor protector para la toma de decisión a los tamizajes tempranos.

Se encuentra en los resultados, mujeres con cáncer de cérvix con estudios secundarios en el 55,4%, hallazgos que coinciden con: Palman C, et al (2) en el 50%, Rivera M, (10) con el 61,5% y Guerra M, et al (11) con el 57,3%, pero, no coincide con Soto R, (5) que halló mujeres de nivel de educación primario y sin instrucción en el 45,5%. Este reporte indica claramente que, a pesar de que las mujeres tenían estudios secundarios desconocen la importancia de los tamizajes para la prevención y detección de esta patología maligna.

Al evaluar la procedencia de las mujeres con cáncer de cérvix, en el estudio se halló 73,3% de mujeres que residían en la zona urbana, este resultado no coincide con Guerra M, et al (11) que halló predominio de mujeres con cáncer de cérvix provenientes de zona rural en el 57,9%. Resultado que llama la atención porque se piensa que las mujeres de zonas urbanas tienen mayor acceso y oportunidades de acudir para un despistaje de cáncer, sin embargo, se observa lo contrario. Importante reforzar las actividades de promoción y prevención de la salud.

El 69,6% de las mujeres con cáncer de cérvix son amas de casa, lo que coincide con Soto R, (5) con el 80,5% y diferente a Guerra M, et al (11) que halló mujeres con trabajos independientes en el 66,7%.

Factores clínicos:

Se determinó que la edad del inicio de la primera relación sexual de las mujeres con cáncer de cérvix fue antes de los 17 años de edad, con el 83,9%; este hallazgo coincide con: Duque J, (3) con el 50%, Marañón T,

(4) y Soto R, (5) con el 27%. Resultados que no coinciden con Pérez P, et al (1) que reportó inicio de la primera relación sexual antes de los 20 años, lo mismo que Vera L, et al (9) con el 54% y Rivera M, (10) con el 94,2%. Este hallazgo confirma las variadas literaturas que demuestran que, cuanto más temprano inician las mujeres relaciones sexuales mayor es la posibilidad de padecer el cáncer de cérvix.

Al analizar el número de parejas sexuales de las mujeres con cáncer de cérvix se determina 67,8% de mujeres con dos o más parejas. Hallazgo que coincide con los estudios de: Pérez P, et al (1) con el 57,5%, Mendoza K, et al (8) con el 45,5%, Vera L, et al (9) con el 60% y Guerra M, et al (11) con el 96,4%. Este resultado muestra que el hábito de tener múltiples compañeros sexuales, multiplica la probabilidad de adquirir cáncer de cérvix lo que podría modificarse con las actividades de promoción y prevención de salud.

El 55,1% de las mujeres con cáncer de cérvix no usaron anticonceptivos, lo que coincide con Rivera M, (10) con el 38,5%, pero, son diferentes a los hallazgos de Palman C, et al (2) que reporta mujeres con cáncer de cérvix que, si fueron usuarias de los métodos anticonceptivos con el 38,1%, lo mismo que Vera L, et al (9) con el 48%.

Al evaluar la paridad en las mujeres con cáncer de cérvix, se halló mujeres con 3 a 5 hijos con el 55,3%. Estos resultados coinciden con: Pérez P, et al (1) con el 42,4%, Palman C, et al (2) con el 57,0%, Soto R, (5) con el 70%, Mendoza K, et al (8) con el 58,2%, Vera L, et al (9) con el 52%, Rivera M, (10) con el 53,9%. y Guerra M, et al (11) con el 58,2%. Diversos estudios han demostrado que, a mayor cantidad de hijos, mayor riesgo de cáncer de cérvix, sobre todo asociado a parto vaginal.

Las mujeres con cáncer de cérvix tuvieron parto vaginal en el 82,1%, hallazgo que coincide con Guerra M, et al (11) con el 76,4%. Este es otro de los factores que incrementa el riesgo de esta patología maligna.

En cuanto a los antecedentes de ITS, en el estudio se encuentra mujeres con antecedente de VPH con el 80,4%, antecedente de VIH con el 3,2% y antecedente de sífilis, clamidia y trichomonas con el 0,6% respectivamente para cada uno. Estos hallazgos coinciden con Palman C, et al (2) que reporta mujeres con antecedente de VPH con el 58,3%, Marañón T, (4) reporta antecedente de VIH. Sin embargo, Rivera M, (10) y Guerra M, et al (11) reportan mujeres con cáncer de cérvix sin antecedentes de ITS con el 98,1% y 82,8% respectivamente. En este resultado influye mucho el inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas, el no uso de preservativos, entre otros factores.

Al evaluar la relación entre los factores sociodemográficos y clínicos con el cáncer de cérvix se halló asociación estadística entre el nivel de estudios ($P=0,01$). También se observó asociación estadística en aquellas mujeres que declararon haber tenido relaciones sexuales antes de los 17 años, haber tenido dos o más hijos ($P=0,00$); con parto vaginal ($P=0,01$) y del mismo modo con el antecedente del VPH ($P=0,02$). Este reporte es congruente con los estudios de Duque J, (3), Fuertes L, (7) y Guerra M, et al (11). Mientras que, Rivera M, (10) reporta que no encuentra asociación estadística con los factores sociodemográficos.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que las mujeres con cáncer de cérvix en dos hospitales de Loreto se encontraban en estadio II de la enfermedad.
2. En los factores sociodemográficos de las mujeres con cáncer de cérvix en los dos hospitales, prevalecen mujeres de 36 a 50 años, de estado civil convivientes, estudios secundarios, procedencia urbana y de ocupación amas de casa.
3. En los factores clínicos de las mujeres con cáncer de cérvix en los dos hospitales, prevalecen mujeres con edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años, con dos o más parejas sexuales, no fueron usuarias de métodos anticonceptivos, tuvieron de 3 a 5 hijos, parto vaginal y antecedentes de ITS (VPH, VIH, sífilis, clamidia y trichomonas).
4. Los factores que se asociaron estadísticamente con el cáncer de cérvix fueron, el nivel de estudios, mujeres que declararon haber iniciado relaciones sexuales antes de los 17 años, haber tenido dos o más hijos, mujeres que tuvieron parto vaginal y mujeres con antecedente del ITS.

RECOMENDACIONES

1. Los establecimientos de salud disponer medidas educativas de promoción de la salud, haciendo hincapié en el aplazamiento del inicio de la primera relación sexual a etapas más apropiadas y en el uso de medidas de protección eficaces.
2. Los establecimientos de salud promocionar las medidas preventivas, como vacunación contra el virus papiloma humano, tamizaje precoz de las lesiones y tratamiento oportuno, por lo que se recomienda un trabajo conjunto con todos los sectores y actores sociales.
3. A la dirección regional de salud, se le recomienda mayor difusión de los programas de detección y tratamiento de cáncer de cérvix.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Sanjuán, Priscila; Rosales Luis, Yamilé; Fernández Peña, Idania; Sánchez Pérez, Elizabeth. Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en el Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. *Revsita Correo Científico Médico*. 2019; 23(4). Disponible en:<http://orcid.org/0000-0001-8292-778X>.
2. Palman Cuesta, Carlso Alberto; Abreu, Migdalia; Reyes Rodríguez, Isabel. Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino en mujeres de un consultorio de Guanabacoa Cervical. *Revista MédicaElectrónica de Ciego de Ávila*. 2021; (7) Disponible en:<https://orcid.org/0000-0001-8491-9521>.
3. Duque Giraldo J. Descripción clínica y epidemiológica de las pacientes con citologías. [Tesis para optar el título de Profesional en Gerencia de Sistemas de] Antioquia-Colombia. Universidad de Antioquia. 2022.
4. Marañón Cardonne, Tatiana; Mastrapa Cantillo, Kenia; Poulot Durades, Tania; Vaillant Lora, Lillian; Puente Sani, Ventura. Características clínico-epidemiológicas, colposcópicas y citológicas en pacientes VIH/sida atendidas en consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2021; 47(1). Disponible en: <http://orcid.org/0000-0003-3609-7425>.
5. Soto Bringas RI. características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes del Hospital Regional del Cusco. 2014-2018. [Tesis para optar el título de Obstetra Especialista en Atención Primaria] Lima-Perú. Universidad de San Martín de Porres. 2019.Disponible en:<https://hdl.handle.net/20.500.12727/5412>.

6. Carhuas Veli, Geraldine Karla; Castro Mucha, Abel Moises. Factores de riesgo asociados a Cáncer de Cervix en mujeres menores de 35 años atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo durante el periodo 2013-2019. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Huancayo-Perú. Universidad del Centro del Perú. 2020. Disponible en:<http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/5815>.
7. Fuertes Badillo LÁ. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2015-2019. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima-Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2704>.
8. Mendoza Ordoñez, Kathia Jhanina; Vilchez Solano, Leticia; Buendia Medina, Rocío Elizabeth. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción, Junín, 2021. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Oncología] Callao-Perú. Universidad Nacional del Callao. 2021.
9. Vera Alarcón , Lady Elizaberh; Díaz Achamisa, Ana Milagros. Factores predisponentes para el cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez Ica, 2019. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Lima-Perú. Universidad Autónoma de Ica. 2021. Disponible en:<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1007>.
10. Rivera Zegarra MA. Factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino en mujeres entre a 6 años en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2018. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Tacna-Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2021.
11. Guerra Álvarez MM, Galán Reyna GL. Factores de riesgo asociado a lesiones del cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Atención

Primaria de San Juan EsSalud periodo 2021. [Tesis para optar el título de Obstetra] Iquitos-Perú. Universidad Científica del Perú. 2022.

12. Villafuerte Reinante, Janet; Hernández Guerra, Yoel; Ayala Reina, Zuria Elisa; Naranjo Hernández, Laura; Gonzáles Alonso, José Angel; Brito Méndez, Marilys. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. Revista Finlay Cienfuegos. 2019; 9(2). Disponible en:<http://orcid.org/0000-0001-7380-8746>).
13. Dra. Viquez Redondo, Karla Francini; Dra. Araya Cascanta, Raquel; Dra. Hidalgo Sólis, María Jesús. Cáncer de cérvix:Generalidades. Revista Médica Sinergia. 2022; 7(9).Disponible en:<https://doi.org/10.31434/rms.v7i9.898>.
14. Bowen, María Nicolle; Carbalosa Velásquez, Elizabeth. Relación del virus del papiloma humano con el cáncer de cervix uterino. Revista Científica Arbitrada. 2022; 4(3).
15. López Blanco A, Amaro Chiriboga K, Pérez Villena J, Dávila López K. Cáncer de Cuello Uterino. [Online].; 2022. Acceso 5 de Diciembre de 2023. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147102>.
16. Peña Figuerero, Roxana; Games Cutiño, Roger Alejandro; Álvarez Silveira, Osmani. Características del cáncer cerv-OncoCienfuegos. [Online].; 2021. Acceso 4 de Ener 4 de 2023. Disponible en: <https://oncocienfuegos2021.sld.cu> › paper › view
17. Zamora Julca, Roxana Elizabeth; Ybaseta Medina, Jorge; Palomino Herencia, Adrián. Relación entre Citología, Biopsia y Colposcopía en cáncer cervicouterino. Revista Médica Panacea. 2019; 8(1). Disponble en: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i1.13>.
18. Jiménez B M. Programa de salud para la prevención de cáncer de cuello de útero en mujeres de 25 a 59. Revista PSIDIAL: Psicología y Diálogo de saberes. 2022; 1(2). Disponible en:<https://doi.org/10.33936/psidial.v1i2.4489>.
19. Santa Elena Berro JD, Cuevas Rodríguez A. I Jornada Científica Virtual de Oncológica en Cienfuegos. Caracterización clínico-epidemiológica del

- cáncer de cuello uterino. [Online].; 2021. Acceso 17 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-0445-5606>.
20. Practica MG. Guía de Practica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino. Dispinible en: <http://www.minsa.gob.pe>.
 21. Sánchez Gaitán E. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cancer cervicouterino. Revidta Médica Sinergia. 2019; 4(11). Disponible en:<https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.300>.
 22. OMS. Cáncer cervicouterino. [Online].; 2022. Acceso 2 de Abril de 2022. Disponible en: <https://www.who.int> › ... › Notas descriptivas › Detail
 23. Osorio Castaño, Jhon; Pérez Villa, Marjorie; Montoya Zapata, Claudia; Córdova Restrepo, Fernando. Características citológicas previas al diagnóstico de cáncer de cérvix en mujeres de Medellín (Colombia). [Online].; 2020. Acceso 5 de Abril de 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.22267/rus.202203.195>.
 24. Society AC. Estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino. [Online].; 2020. Acceso 21 de Abril de 2022. Disponible en: <https://www.cancer.org> › acerca › estadisticas-clave
 25. Tapia Avila , Marco; Idrovo Guamán, María del Carmen; Chanatasog Mallatasig, Sandra; Torres Yamanaque, Yustin; Sánchez LLerena, Jesscica; Tene Carrillo, Cecilia; Yépez Daqui, Johanna; Trivillo Naula, Paulina. Cáncer cérvico uterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: Reporte de caso clínico. Revista Venezolana de Farmacología y Terapéutica. 2021; 40 (3) Disponible en:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969712013>.
 26. Unidas N. El cáncer cervicouterino es prevenible, la OMS llama hacer. [Online].; 2022. Acceso 8 de Mayo de 2022. Disponible en: <https://news.un.org> › story › 2022/01
 27. Herrera Conza M, Salazar Torres ZK, Espinoza Martín L, Aspiazu Hinostroza KA. Detección oportuna de cáncer cérvico - uterino. Vive Revista de Salud-Scielo. 2020; 3 (9) Disponible en:<https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.65>.

28. INEI-Perú. Enfermedades ENDES 2020. [Online].; 2021. Acceso 2 de Mayo de 2022. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe › endes › 2020 › SALUDPDF>.
29. Cancer OAI FR. Perú - GlobalCáncer Observatory. [Online].; 2021. Acceso 5 de Abril de 2022. Disponible en: <https://gco.iarc.fr › factsheets › 604-peru-fact-sheets>
30. MINSA/OPS/OMS. Análisis de la Situación de Cáncer en el Perú, 2018. Centro Nacional de Epidemiología.
31. Abrahantes Ruíz, Ana Adelaida; Oliver Cruz, Magaly; Gonzáles Gonzáles del Pino, Miryam Magali; Rodríguez Palacio, Katia; Muñoz Hernández, Oscar Narciso; Castro Berberena, Adys. Cáncer Cérvico Uterino. Medi Sur Revista. 2019; 17(6) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180063268012>.
32. Villarín Castro, Alejandro; Del Campo Giménez, María. La implantación del cribado poblacional del cáncer de cuello uterino en Castilla La Mancha. Revistas Científicas de América. 2018; 11(3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es › pdf › albacete>.
33. OMS-OPS. Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cérvico uterino 2018-2030. [Online].; 2019. Acceso 2 de Abril de 2022. Disponible en: [lan de acción sobre la prevención y el control del cáncer.https://www.paho.org › documentos › plan-accion-sobr](https://www.paho.org › documentos › plan-accion-sobr).
34. Abrahantes Ruíz, Ana Adelaida; Oliver Cruz, Magalys; Gonzáles Gonzáles del Pino, Miryam Magali; Rodríguez Palacios, Katia; Muñoz Hernández, Oscar Narciso; Castro, Berberena Adys. Cáncer Cérvicouterino. Revista Cienfuegos. 2020; 17(6). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4446>.

Anexos

Anexo N°01

FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LORETO, PERIODO 2023 - 2024

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° de ficha:.....

I. Cáncer de cérvix
1. Estadío: a) I b) II c) III d) IV
I. Factores Epidemiológicos
1. Edad a) 20 a 35 años b) 36 a 50 años c) > 50 años
2. Estado civil a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Otro
3. Nivel de estudios a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior U. e) Superior no U.
4. Procedencia a) Urbano b) Rural c) Urbano marginal
5. Ocupación a) Ama de casa b) Estudiante c) Trabajadora Independiente d) Trabajadora del hogar e) Otro
II. Factores clínicos

1. Edad de inicio de relaciones sexuales:

- a) Antes de los 17 años b) 18 a más

2. Número de parejas sexuales:

- a) 1 b) 2 o más

3. Uso de método anticonceptivo oral:

- a) Si b) No

4. Paridad:

- a) 1 a 2 hijos b) 3 a 5 hijos c) $\geq$ a 6 hijos

5. Tipo de parto:

- a) Parto vaginal b) Parto cesárea

6. Antecedente de ITS:

Infección por VPH:

- a) Si b) No

Infección por VIH:

- a) Si b) No

Sífilis:

- a) Si b) No

Clamidia:

- a) Si b) No

Trichomonas:

- a) Si b) No

Anexo N° 2

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

**Título: FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES
CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE
LORETO, PERIODO 2023 - 2024**

Nombre del experto:

Instrumento:

Fecha:

Institución a la que pertenece el experto:

Estimado (a): Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en **SI** o **NO** en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
1. La estructura del instrumento es adecuado.			
2. El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3. El instrumento recoge información que permite responder la pregunta de investigación.			
4. Las preguntas son claras y entendibles			
5. Las preguntas están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.			
6. Las preguntas están orientadas a medir las variables.			

7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			
---	--	--	--

Valor %	Interpretación de la validez
0 – 24%	Muy baja
25 – 49%	Baja
50 – 69%	Regular
70 – 89%	Aceptable
90 – 100%	Elevada

Anexo N° 5 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema general y específico	Objetivo general y específico	Hipótesis general	Variables e indicadores	Tipo y diseño de investigación	Métodos y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
Factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023-2024	Problema general: ¿Cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024? Problemas Específicos • ¿Cuáles son los factores epidemiológicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024? • ¿Cuáles son los factores clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?	Objetivo General Identificar los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024 Objetivos Específicos • Identificar los factores epidemiológicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024 • Identificar los factores clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024	Hipótesis Nula No existe relación estadísticamente significativa entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024. Hipótesis Alternativa Existe relación estadísticamente significativa entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 – 2024.	Variable dependiente Cáncer de cérvix: Estadios: I, II, III, IV Variable independiente I. Factores epidemiológicos: • Edad • Nivel de estudios • Estado civil • Procedencia • Ocupación II. Factores clínicos: • Antecedente de ITS • Edad de inicio de relaciones sexuales • Número de parejas sexuales • Paridad • Uso de método anticonceptivo • Tipo de parto	Correlacional Corte transversal retrospectivo	Técnica: Revisión documental Instrumento: Ficha de recolección de datos	Población: 161 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix en ambos hospitales. Muestra: 56 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix. Muestreo: Probabilístico de tipo aleatorio simple

	• ¿Cuáles son los estadios clínicos según la FIGO en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024? • ¿Cuál es la relación entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024?	• Identificar los estadios clínicos según la FIGO en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024 • Establecer la relación entre los factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023 - 2024					
--	---	---	--	--	--	--	--

Anexo N° 2

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Título: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES
CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE

LORETO, PERIODO 2023 - 2024

Nombre del experto: Elizabeth Alina Garate Chavez
Instrumento: Ficha de recolección de datos diseñada para extraer información de H.C y Registro de Paco
Fecha: 28/11/24
Institución a la que pertenece el experto: Hospital W Iquitos - ESSALUD

Estimado (a): Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	S	O	OBSERVACION
1. La estructura del instrumento es adecuado.			
2. El instrumento responde a los ob'etivos del estudio.			
3. El instrumento recoge información que permite responder la pregunta de investigación.			
4. Las preguntas son claras y entendibles			
5. Las preguntas están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.			
6. Las preguntas están orientadas a medir las variables.			
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			


ELIZABETH A. GARATE CHAVEZ
C.O.P. 35664

Anexo N° 2

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

**Título: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES
CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE
LORETO, PERIODO 2023 - 2024**

Nombre del experto: VICTOR KENNER FATAMA RENGIFO
Instrumento: Ficha de recolección de datos de H.C. y Registro de OACU
Fecha: 30/01/2025

Institución a la que pertenece el experto: IPRESS L-4 Bellavista Pucallpa

Estimado (a): Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en **SI** o **NO** en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. La estructura del instrumento es adecuado.	☒	☐	
2. El instrumento responde a los objetivos del estudio.	☒	☐	
3. El instrumento recoge información que permite responder la pregunta de investigación.	☒	☐	
4. Las preguntas son claras y entendibles	☒	☐	
5. Las preguntas están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.	☒	☐	
6. Las preguntas están orientadas a medir las variables.	☒	☐	
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	☒	☐	


Obs. Victor K. Fatama Rengifo Mgr.
COP N° 29975 - RENODAS N° 347

Anexo N° 2

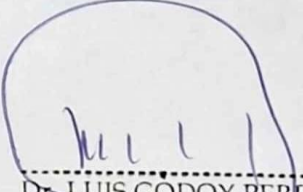
ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

**Título: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES
CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE
LORETO, PERIODO 2023 - 2024**

Nombre del experto: Luis Gabriel Godoy Pérez
 Instrumento: Ficha de recolección de datos de H.C y registro de CACU
 Fecha: 29/01/2025
 Institución a la que pertenece el experto: HOSPITAL EPIA LUD
 Estimado (a): Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en **SI** o **NO** en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
2. El instrumento responde a los objetivos del estudio.	X		
3. El instrumento recoge información que permite responder la pregunta de investigación.	X		
4. Las preguntas son claras y entendibles	X		
5. Las preguntas están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.	X		
6. Las preguntas están orientadas a medir las variables.	X		
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	X		


DR. LUIS GODOY PEREZ
 MEDICO CIRUJANO
 GINECO OBSTETRA
 C.M.P. 20461 RNE 10007



PERÚ Ministerio de Salud



HOSPITAL IQUITOS
"César Garayar García"

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
CONSTANCIA N° 004-CIEI-HICGG-2025

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" Certifica que el Plan de Tesis, señalado a continuación, fue APROBADO para CONTINUAR el estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON BAJO RIESGO, visto el resumen y el Proyecto de Investigación, se detalla los siguientes datos:

Título del Proyecto: "Factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con cáncer de cérvix, atendidas en dos hospitales de Loreto, periodo 2023-2024"

Código de Inscripción: 004-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2025.

Modalidad de Investigación: Institucional.

Investigador Principal: Brenda Soley Donayre Fasanando
Bach.obsta
Gabriela Donna Cuellar Sinti
Bach. obstá

La APROBACIÓN considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El avance y/o cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada en el plazo de 60 días de acuerdo a normas establecidas. Asimismo, El Investigador alcanzará al Hospital un Informe Final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 12 de febrero del 2026. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 12 de febrero del 2025.



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M. C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
Director Ejecutivo
C.M.P. N° 030488

HICGG. CAMINO A LA EXCELENCIA
Av. Abelardo Quiñones Km. 1.4 – Iquitos/Perú

E:mail:capacitacionhai2021@gmail.com

Facebook: Hospitaliquitos-oficial



"HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

CONSTANCIA No 092- CIEI - HRL - 2024

El presidente del Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital Regional de Loreto, (CIEI) a través de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, HACE CONSTAR que el presente proyecto de Investigación, consignado líneas abajo, fue **APROBADO**, en cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud (INS), acorde con las prioridades Regionales de Investigación, Balance Riesgo/beneficio y confiabilidad de los datos, entre otras. Siendo catalogado como: **ESTUDIO CLINICO SIN RIESGO** , según detalle:

Título del Proyecto:	" FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES, PERIODO 2023-2024"
Código de Inscripción:	ID-092 -CIEI-2024.
Modalidad de investigación	PRE-GRADO
Investigador (es)	DONNA GABRIELA CUELLAR SINTI BRENDA SOLEY DONAYRE FASANANDO

Cualquier eventualidad durante su ejecución, los investigadores reportarán de acuerdo con las Normas y plazos establecidos, así mismo emitirán el informe final socializando los **RESULTADOS** obtenidos. El presente documento tiene vigencia hasta el 29 de Noviembre del 2025. El trámite para su renovación será un mínimo de 30 días antes de su vencimiento

Punchana, 29 de noviembre del 2024.

Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"
Comité Institucional de Ética e Investigación

DR. CÉSAR J. RAMAL ASAYA
Presidente del Comité Institucional de Ética e Investigación

JRMALL/RCHH/CJRA/JLGP/JERR.