



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS
CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES
ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO - JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL:
MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS
CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES
ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO - JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

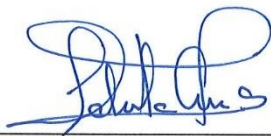
Bach. PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE


PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA HUMANA - P09



“NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ”

RESOLUCIÓN DECANAL N° 738 -2025–D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 -7778 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **MAMANI PANCCA PEDRO WLADIMIR** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : **VIERNES 19 DE SETIEMBRE DEL 2025**
HORA : **16:00 HORAS**
LOCAL : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 502 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 27 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 151-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 25 de junio del egresado (a) **MAMANI PANCCA PEDRO WLADIMIR** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2024** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MAMANI PANCCA PEDRO WLADIMIR** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** Con la tesis titulado: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2024** correspondiente a la Línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, MH Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 108 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 03 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 008-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 01 de abril de la E.P. de Medicina Humana folio 000048;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a) **MAMANI PANCCA PEDRO WLADIMIR** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2024** Correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 559-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **MAMANI PANCCA PEDRO WLADIMIR**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Ingrid Liz Quispe Ticona
Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
C.E.P.: 39216

Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana, Secretaria Académica, Archivo.



12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.


Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios – UANCV

TITULO DE LA TESIS	
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73701771
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-0125-3312
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Numero de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29344129
Miembro Del Jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29344129
Miembro Del Jurado 2	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	01309221



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin Financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Edificio: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Coordenadas Latitud: 15°29'42.2"S Longitud: 70°07'51.7"W</p> <p>URL maps: https://tinyurl.com/29y6k649</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 - septiembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html#3.02.00	<p>CIENCIAS DE LA SALUD https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p> <p>SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p> <p>GINECOLOGÍA https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>



UNIVERSIDAD ANTONIO NESTOR CÁCERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mario Concepción Figueroa Vilca
Dra. Mario Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA, identificado con DNI
Nro. 73701771 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER
DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO – JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 06 de octubre del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


FIRMA (obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

A mi madre Virginia Pancca Galindo, por su inquebrantable apoyo, su ternura proverbial y ese amor sublime que ha sido mi baluarte. A su sabia guía, que forjó en mí no sólo conocimientos, sino principios inquebrantables y virtudes perdurables, armas que me sostuvieron en las vicisitudes, sin su apoyo no hubiera culminado cada meta



AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer enormemente a mis docentes de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, quienes forjaron mi camino y me ayudaron a mejorar como profesional. Agradezco profundamente a mi asesora, la Dra. Maryluz Cruz Colca (sus consejos y aliento marcaron la diferencia durante mi investigación). Toda mi familia me apoyó incondicionalmente. Su apoyo (inquebrantable) me impulsó a alcanzar mi meta de convertirme en un profesional excepcional. Gracias a Dios por la fuerza para seguir adelante incluso en los momentos difíciles. Le debo mucho a mi familia por su apoyo, aliento y fe en mí. Su comprensión y motivación me impulsaron a terminar lo que empecé.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	01
1.1.1. Problema general.....	01
1.1.2. Problemas específicos.....	01
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	
1.2.1. Justificación teórica.....	02
1.2.2. Justificación practica.....	02
1.2.3. Justificación metodológica	03
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	03
1.3.1. Objetivo general	03
1.3.2. Objetivos específicos	04
1.4. HIPÓTESIS	04
1.4.1. Hipótesis general	04
1.4.2. Hipótesis específicas	04
1.5. VARIABLES	05
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	05



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.1.1. A nivel internacional	8
2.1.2. A nivel nacional	14
2.1.3. A nivel regional	18
2.2. MARCO TEÓRICO	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL	41

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN	44
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.4.1. Población	44
3.4.2. Muestra.....	45
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN	46
3.5.1. Técnica	46
3.5.2. Instrumento.....	46
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	46
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	46
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	47
3.8.1. Validez	47
3.8.2. Confiabilidad	47



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	126
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS	127
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	130
ANEXO 3: INSTRUMENTO.....	132
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	137
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN.	143
ANEXO 6: EVIDENCIAS	144



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Edad y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	49
Tabla 02	Estado civil y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	52
Tabla 03	Grado de instrucción y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	55
Tabla 04	Ocupación y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	58
Tabla 05	Número de embarazos y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	61
Tabla 06	Parejas sexuales y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	64
Tabla 07	Antecedentes de cáncer de cuello uterino y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	67
Tabla 08	Tiempo de enfermedad y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	71
Tabla 09	Síntomas y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024. ...	75
Tabla 10	Pruebas de detección: PAP y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	79
Tabla 11	VIH y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	83



Tabla 12	Colposcopia y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024..	86
Tabla 13	Imagen y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	89
Tabla 14	Resultado histológico y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	93
Tabla 15	Inmunización y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024..	96
Tabla 16	Hábitos tóxicos y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	99
Tabla 17	Uso de hormonas y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	102
Tabla 18	Edad de inicio de actividad sexual y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	105
Tabla 19	Actividad sexual y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	108
Tabla 20	Estadios cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	111



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01	Edad y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024....	50
Figura 02	Estado civil y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	53
Figura 03	Grado de instrucción y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	56
Figura 04	Ocupación y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	59
Figura 05	Número de embarazos y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	62
Figura 06	Parejas sexuales y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	65
Figura 07	Antecedentes de cáncer de cuello uterino y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	68
Figura 08	Tiempo de enfermedad y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	72
Figura 09	Síntomas y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024. ...	76
Figura 10	Pruebas de detección: PAP y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	80



Figura 11	VIH y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024. ...	84
Figura 12	Colposcopia y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	87
Figura 13	Imagen y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024...	90
Figura 14	Resultado histológico y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	94
Figura 15	Inmunización y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	97
Figura 16	Hábitos tóxicos y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	100
Figura 17	Uso de hormonas y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	103
Figura 18	Edad de inicio de actividad sexual y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	106
Figura 19	Actividad sexual y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.	109
Figura 20	Estadios del cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.....	112



RESUMEN

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.

Metodología: Se empleó un método descriptivo, hipotético-deductivo y cuantitativo con 63 pacientes. Los **Resultados** muestran detalles sobre cómo se manifiesta el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas y qué patrones aparecen en términos epidemiológicos, son: 52,38% tiene de 30 a 59 años ($ns=0,000$), 41,27% tercero a más embarazos ($ns=0,000$), 65,08% tres a mas parejas sexuales ($ns=0,000$), 47,62% ningún antecedente de cáncer de cuello uterino ($ns=0,000$), 39,68% tiene la enfermedad más de 3 años ($ns=0,000$), 60,32% tiene 2 a 5 síntomas ($ns=0,000$), 38,10% tiene resultado de Ca invasivo ($ns=0,000$), 80,95% prueba de VIH negativa ($ns=0,000$), 68,25% no se realiza colposcopia ($ns=0,000$), 66,67% se realiza imágenes de ECO TV ($ns=0,000$), 65,08% en resultado histológico presenta carcinoma invasivo ($ns=0,000$), 82,54% ningun tipo de vacuna contra el PVH ($ns=0,006$), 58,73% no refiere ningun habito toxico ($ns=0,000$), 58,73% si utiliza hormonas ($ns=0,032$), un 82,54% refiere actividad sexual menor a 16 años ($ns=0,000$), 42,86% promiscuidad en su actividad sexual ($ns=0,000$), todas las variables son significativas. **Conclusión:** Las características epidemiológicas muestran una correlación estadísticamente significativa con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas.

Palabras clave: Características epidemiológicas, cáncer, cuello uterino, mujeres.



ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological characteristics related to cervical cancer in adult women, HCMM in the city of Juliaca 2024. **Methodology:** A descriptive, hypothetical-deductive and quantitative method was used with 63 patients. The **Results** show details about how cervical cancer manifests in adult women and what patterns appear in epidemiological terms, they are: 52.38% are 30 to 59 years old (ns = 0.000), 41.27% have three or more pregnancies (ns = 0.000), 65.08% have three or more sexual partners (ns = 0.000), 47.62% have no history of cervical cancer (ns = 0.000), 39.68% have the disease for more than 3 years (ns = 0.000), 60.32% have 2 to 5 symptoms (ns = 0.000), 38.10% have invasive Ca results (ns = 0.000), 80.95% have a negative HIV test (ns = 0.000), 68.25% do not have colposcopy. (ns=0.000), 66.67% undergo TV ECO images (ns=0.000), 65.08% in histological result presents invasive carcinoma (ns=0.000), 82.54% no type of HPV vaccine (ns=0.006), 58.73% does not report any toxic habit (ns=0.000), 58.73% does use hormones (ns=0.032), 82.54% reports sexual activity under 16 years (ns=0.000), 42.86% promiscuity in their sexual activity (ns=0.000), all variables are significant. **Conclusion:** The epidemiological characteristics show a statistically significant correlation with cervical cancer in adult women

Keywords: Epidemiological characteristics, cancer, cervix, women.



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, a nivel de la región de Puno esta problemática se repite, lo más preocupante es que las mujeres desconocen la importancia de un despistaje o prueba del papanicolaou, inclusive entre las mujeres que laboran en salud son las más resistentes a dichas evaluaciones muchas por miedo, muchas por falta de tiempo, y más de la mitad de la población de mujeres en edad fértil por desconocimiento, es por ello se plantea este estudio sobre la problemática frecuente de las mujeres por lo que presentamos este estudio titulado: "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM – JULIACA 2024".



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1.1 Problema general

PG: ¿Cuáles son las características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024?

1.1.2 Problemas específicos

PE1: ¿Cuáles son las características sociales relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM?

PE2: ¿Cuáles son las características clínicas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM?

PE3: ¿Cuáles son las características preventivas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM?

PE4: ¿Cuál es el estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM?



1.2 Justificación del estudio

1.2.1 Justificación teórica

Este estudio analiza el cáncer de cuello uterino, es un grave problema de salud a nivel mundial. Muchas mujeres lo padecen. La mayoría de las personas no detectan los primeros síntomas, generalmente por no saber a qué prestar atención. Hay muchos factores que aumentan el riesgo. Con el tiempo, estos riesgos pueden causar cambios en las células y convertirse en cáncer de cuello uterino. Sin embargo, es posible detenerlo o corregirlo si los médicos lo detectan a tiempo. Por eso las pruebas de Papanicolaou y la colposcopia son tan importantes. Cuando los médicos detectan el cáncer a tiempo, existen muchas maneras de tratarlo con buenas probabilidades de supervivencia. El fin de semana, en América Latina, el cáncer de cuello uterino se mantiene como uno de los cánceres con mayor mortalidad.

1.2.2 Justificación práctica

La justificación de esta investigación radica en su significativa repercusión en el ámbito clínico, dado que a nivel global representa la segunda causa de mortalidad en problemas de salud que afectan a las mujeres. Además, también agrava los problemas sociales, ya que la muerte de una madre no solo deja huérfanos, sino que también afecta la dinámica familiar y el entorno social en general. Este estudio tiene como objetivo identificar los factores de riesgo para desarrollar propuestas de prevención frente a la enfermedad. Asimismo, se busca analizar, a través de la revisión del cuadro clínico, los aspectos de mayor impacto en mujeres adultas, lo que permitirá desarrollar estrategias para mitigar los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino.



1.2.3 Justificación metodológica

Este estudio se fundamenta metodológicamente en la aportación del marco teórico para analizar casos semejantes acerca de la situación de las mujeres frente al cáncer de cuello uterino en la región de Puno, a altitudes superiores a los 3,800 msnm. Se contemplan ciertas características específicas que podrían influir en la aparición de esta enfermedad. Los hallazgos derivados de esta investigación servirán para establecer comparaciones con otros estudios similares, empleando una metodología de investigación que abarque diferentes áreas o regiones con mujeres que compartan condiciones de vida y características análogas. Este análisis junto con la información de otros estudios y pruebas científicas ayuda a identificar aspectos vitales sobre el cáncer de cuello uterino para esta investigación.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivo general.

OG: Analizar las características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

OE1: Describir las características sociales relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas.

OE2: Analizar las características clínicas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas.



OE3: Relacionar las características preventivas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas.

OE4: Describir el estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el Hospital.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 Hipótesis general

HG: Las características epidemiológicas que tienen relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 son: las características sociales, las características clínicas, las características preventivas.

1.4.2 Hipótesis específicas.

HE1. Factores como la edad, si está casada, qué estudios completó, qué trabajo tiene y cuántas veces ha tenido embarazos se relacionan con el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas (HCMM).

HE2. Aspectos de salud relacionados con el cáncer de cuello uterino (HCMM) en mujeres adultas. Factores como si ya tuvo cáncer de cuello uterino, cuánto tiempo lleva lidiando con él, qué síntomas presenta, si se ha realizado una prueba de Papanicolaou, si se ha realizado una colposcopia, una biopsia o si se han tomado imágenes (diagnóstico por imagen).



HE3. Las maneras de prevenir el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas (HCMM) se relacionan con las vacunas, los hábitos tóxicos, el uso de hormonas, cuándo tuvo su primera relación sexual y su nivel de actividad sexual.

HE4: El estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM mayor al 50% es el estadio II.

1.5 VARIABLES

Variable 1: Características epidemiológicas.

Variable 2: Cáncer de cuello uterino.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variable
Variable 1. 1. Características epidemiológicas	1.1. Características sociales	1.1.1. Edad	a. De 18 a 29 años b. 30 a 59 años c. Mas de 60 años	Ordinal
		1.1.2. Estado civil	a. Casada b. Unión libre c. Separada d. Soltera	Nominal
		1.1.3. Grado de instrucción	a. Primaria b. Secundaria c. Superior técnica d. Superior universitaria	Ordinal
		1.1.4. Ocupación	a. Trabajo independiente b. Trabajo dependiente c. Estudia y trabaja d. Su casa	Nominal
		1.1.5. Número de embarazos	a. Primero b. Segundo c. Tercero a mas	Nominal
		1.1.6. Parejas sexuales	a. Uno b. Dos c. Tres a mas	Ordinal
	1.2. Características clínicas	1.2.1. Antecedentes de cáncer de cuello uterino	a. Ninguno b. Madre c. Desconoce	Nominal
		1.2.2. Tiempo de enfermedad	a. Menor a un año b. De 1 a 3 años c. Mas de 3 años	Nominal
		1.2.3. Síntomas	a. Ginecorragia b. 2 a 5 síntomas c. 6 a más síntomas (flujo vaginal, dolor pélvico, dolor lumbar, dispareunia, citorragia, dificultad para miccionar, dificultad para evacuar, edema en MMII, sensación de cansancio, pérdida de peso)	Nominal
		1.2.4. Pruebas de detección: PAP	a. Normal b. ASC-UC c. ASC-H	Nominal



		1.2.5. VIH	d. LSIL e. HSIL f. Ca invasivo a. Positivo b. Negativo c. No realizado	Nominal
		1.2.6. Colposcopia	a. Si b. No	Nominal
		1.2.7. Imagen	a. ECO TV b. TAC c. RNM	Nominal
		1.2.8. Resultado histológico	a. Normal b. Displasia (leve, moderada, severa) c. Carcinoma in situ d. Carcinoma invasivo	Nominal
	1.3. Características preventivas	1.3.1. Inmunización	a. Ningún tipo de vacuna contra el PVH b. No registra	Nominal
		1.3.2. Hábitos tóxicos	a. Ninguno b. Fuma c. Alcohol d. No registra	Nominal
		1.3.3. Uso de hormonas	a. No utilizo b. Si utilizo	Nominal
		1.3.4. Edad de inicio de actividad sexual	a. Menor a 16 años b. Mayor a 16 años	Nominal
		1.3.5. Actividad sexual	a. Con una sola pareja b. Promiscuidad	Nominal
Variable 2: 2. Cáncer de cuello uterino	2.1. Estadios del cáncer de cuello uterino		a. Estadio I: IA, IA 1, IA2 - IB, IB1, IB2, IB3 b. Estadio II: IIA, IIA 1, IIA 2 - IIB c. Estadio III: IIIA, IIIB, IIIC, IIIC 1, IIC2 d. Estadio IV: IVA, IVB	Ordinal



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1 A nivel internacional

Zhang, Yu, Zhu, et al. (6). Objetivo: Analizar cómo ha cambiado la investigación sobre vacunas para la prevención del cáncer entre 1992 y 2022 consultando la base de datos Web of Science. Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Resultados: Se identificó una media de 19,8 publicaciones anuales entre 1992 y 2004, con un incremento notable a partir de 2005, alcanzando un máximo de 224 artículos en 2020. Estados Unidos fue el país con mayor producción científica en este ámbito. Además, se observó un cambio temático hacia la cobertura vacunal, estrategias de administración y formulaciones innovadoras, como las nanovacunas. Conclusión: La investigación sobre vacunas y prevención del cáncer ha experimentado un crecimiento sostenido durante el período analizado

Khumalo, Carey, Mackenzie, et al. (7) Objetivo: Analizar la evolución del volumen y tipología de la investigación sobre cáncer de cuello uterino en un período de dos décadas, evaluando las variaciones en las publicaciones



totales, la proporción entre estudios basados en datos y no basados en datos, así como la distribución entre investigaciones descriptivas y de intervención. Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo que abarca 48 países del África subsahariana, esta zona presenta la mayor cantidad de casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial, junto con tasas de mortalidad estandarizadas por edad muy altas. Los resultados muestran un aumento de aproximadamente el 32 % en las publicaciones semestrales en general. Sin embargo, el 89% de los estudios basados en datos eran de carácter descriptivo. Aunque aumentó la proporción de investigaciones de intervención a lo largo del tiempo, solo el 28% cumplía con los criterios metodológicos establecidos. Conclusión: Los hallazgos evidencian una limitada producción de estudios con enfoque en intervenciones efectivas, destacando la necesidad de fortalecer la investigación en el África subsahariana.

Brüggmann, Quinkert, Jaque, et al. (8) Objetivo: Evaluar la evolución global de la producción científica sobre el cáncer de cuello uterino entre 1900 y 2015. Metodología: Estudio bibliométrico que analizó 22,185 artículos indexados en Web of Science, centrados específicamente en esta neoplasia. Se examinó la distribución geográfica, tendencias temporales y áreas temáticas predominantes. Resultados: Estados Unidos lideró la producción científica, seguido por China y Japón. En Europa, los países más productivos fueron Reino Unido, Alemania y Francia, con contribuciones menores pero notables de algunas naciones sudamericanas y africanas. La investigación mostró un crecimiento sostenido desde la década de 1980, con un mercado



incremento a partir de 2012. Las colaboraciones internacionales fueron frecuentes, destacando la participación estadounidense. Las principales áreas de investigación fueron oncología y obstetricia-ginecología. Conclusión: Se identificó una disparidad significativa en la participación global, con escasa representación de amplias regiones de África y América del Sur en la investigación sobre cáncer de cuello uterino.

Zhao, Tang, Mu, Zhao (9). Objetivo: Analizar por primera vez los 100 artículos más citados sobre radioterapia para el cáncer de cuello uterino. Se revisaron los artículos publicados entre 1964 y 2016, y se sumaron 49 262 citas para septiembre de 2019. Los artículos se agruparon en intervalos quinquenales, destacando 1999-2004 (29 artículos) y 2004-2009 (22 artículos). Resultados: Las técnicas más citadas fueron la braquiterapia intracavitaria (IC) y la radioterapia conformada 3D (3D-CRT). La Universidad Médica de Viena emergió como institución líder, especialmente en braquiterapia, siendo un referente para colaboraciones futuras. Conclusión: El estudio destaca la evolución histórica de la radioterapia en cáncer cervical, confirmando la braquiterapia como componente esencial del tratamiento.

Tang, Zhao, Zhao, Mao (10). Objetivo: Analizar bibliométricamente los 100 artículos más citados sobre braquiterapia en cáncer cervical. Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico que evaluó publicaciones entre 1981-2016, con un total de 11,372 citas. Se examinó el impacto anual (rango: 63.56-1.43 citas/año), distribución geográfica, revistas principales y tipología de estudios. Resultados: Liderazgo geográfico: EE.UU. (mayor productor).



Tipología de artículos: Predominaron estudios originales, revisiones y guías clínicas. Técnicas más citadas: Braquiterapia de alta tasa de dosis (principal), baja tasa de dosis y tasa de dosis pulsada. Conclusión: El estudio evidencia el predominio de la braquiterapia de alta tasa de dosis en la literatura científica, con contribuciones clave de instituciones estadounidenses y europeas.

Mantilla (11) Objetivo. Analizar cómo se manifiesta el VPH y su relación con factores como la edad, los ingresos y la educación relacionados con el cáncer de cuello uterino. Examinar los registros de Scopus desde 2017 hasta 2022 y comprobar cómo estos factores se complementan mediante análisis bibliométricos. Metodología: Estudio descriptivo y analítico basado en la producción científica indexada en Scopus durante el período mencionado. Resultados: El estudio encontró una clara relación entre las tasas de VPH y algunos rasgos sociodemográficos. En cuanto a la investigación sobre este tema, Estados Unidos ocupó el primer lugar a nivel mundial. Brasil quedó en segundo lugar, y la Universidad de São Paulo causó un gran impacto con su colección de trabajos. La mayor parte de la financiación provino de grupos con sede en Estados Unidos. El número de estudios publicados aumentó en 2020 en comparación con años anteriores. Explicó que esto fue bastante significativo. Conclusión: Los hallazgos reflejan un creciente interés en la investigación sobre VPH y cáncer cervical, con predominio de contribuciones estadounidenses y brasileñas, y un papel destacado de la Universidad de São Paulo en la generación de conocimiento científico.



Ma et al. (12) Objetivo: Analizar las características clínicas y desarrollar nomogramas pronósticos para pacientes con carcinoma adenoescamoso (ASC) cervical. Metodología: Estudio retrospectivo con 788 pacientes con ASC del banco de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología. Resultados: Las pacientes con ASC presentaron menor edad y mayor grado histológico que aquellas con carcinoma escamoso. Los nomogramas desarrollados demostraron consistencia y utilidad clínica. Conclusión: El ASC muestra características clínicas y pronósticas distintivas, y los nomogramas propuestos representan una herramienta válida para la evaluación pronóstica.

Muñoz (13) Objetivo: El virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La mayoría de las personas no presentan síntomas. Los investigadores no realizaron experimentos, simplemente analizaron los datos. Resultados: E6 y E7 (proteínas del virus del VPH) se manifiestan de forma específica. Este método depende de la cantidad de CSC presente. Los investigadores utilizaron un vector reportero (que contenía un exón de luciferasa y el LCR HPV16, por si acaso se lo preguntan). Esta configuración demostró que las CSC influyen en la actividad del promotor p97. A veces, estas proteínas actúan con rapidez. Y es interesante cómo cambia la actividad del promotor en relación con la cantidad de CSC. También se demostró que p97 no se activa con mutaciones en respuesta a TPA en la LCR. Investigadores que utilizan métodos fosfoproteómicos y ciertos inhibidores descubrieron que la CSC promueve la sobreexpresión de E6/E7, debido en parte a la fosforilación del



EGFR. La vía PI3K/Akt es fundamental para la sobreexpresión de E6 y E7 cuando los niveles de CSC son elevados (algo muy importante en este contexto). En resumen, c-jun se autoprovoa una sobreexpresión.

Yagi et al. (14) Objetivo: Evaluar la asociación entre supervivencia y factores clínicos (edad, estadio y tratamiento) en cáncer cervical utilizando datos del Registro de Cáncer de Osaka. Metodología: Estudio retrospectivo de 50,365 casos (C53) con análisis de tendencias temporales. Resultados:

Mejoría significativa en supervivencia a 10 años post-2000, asociada a quimiorradiación concurrente. Pacientes con metástasis a distancia muestran peor pronóstico. La edad emergió como posible predictor de resistencia radioterápica. Conclusión: Primer estudio que identifica la edad como factor potencial de radioresistencia, destacando la necesidad de optimizar terapias para enfermedad metastásica.

Zhang et al. (15) Objetivo: Revisar el progreso en prevención y control del cáncer de cuello uterino, analizando aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y métodos de detección, con apoyo de la Academia China de Ciencias Médicas (2020). Metodología: Este fue un estudio no experimental, descriptivo y analítico. Los resultados, el cáncer de cuello uterino se comporta como una enfermedad de transmisión sexual. Se observan cambios en los hábitos sexuales, el tabaquismo y la infección por VPH (especialmente los tipos 16 y 18) como importantes factores de riesgo en su desarrollo (y hay más de una razón para ello). Conclusión: Se observa una reducción significativa en la incidencia de este cáncer en países



desarrollados durante las últimas décadas, destacando la importancia de estrategias preventivas y de detección temprana.

2.1.2 A nivel nacional

Reyna (16) Objetivo: Analizar cómo se presenta y se disemina el cáncer de cuello uterino en las pacientes del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los años 2021 y 2022. Metodología: Estudio diagnóstico de casos en un paciente retrospectivo, descriptivo y transverso. \par\ 86.73\% de las pacientes eran amas de casa, 42.48\% con educación primaria, y de área rural. Edad promedio de inicio sexual era de 16.74 años con 1.6 parejas en la vida (58.41\% de casos). 97.35\% de pacientes no contaban con una prueba de VPH previa. Ginecorragia fue el síntoma predominante (80.53\%), el estadio IIIIB fue el más frecuente al diagnóstico (18.58\%), y carcinoma epidermoide el tipo histológico predominante (91.15\%). \par. El cáncer cervical afecta a mujeres que habitan en el área rural y con un bajo nivel educativo, diagnóstico asociado a la enfermedad en etapas más avanzadas. Los hallazgos indican un vínculo claro entre el perfil sexual y la evolución de la neoplasia, lo que refuerza el uso de la estrategia preventiva en la población sexualmente activa.

Díaz (17) Objetivo: El objetivo fue examinar la producción documental relacionada con la investigación y el estudio del cáncer de cuello uterino en América Latina desde 1990 hasta 2022 empleando la base de datos Scopus y La Biblioteca Virtual en Salud. Metodología: sus objetivos se incluyeron en un estudio descriptivo, transeccional y bibliométrico de enfoque predominantemente cuantitativa. Resultados: se encontró un total de 2,678



artículos en la literatura, reflejando un aumento considerable en la producción científica durante dicho período. Brasil fue el país con mayor participación con 48%, seguido por México y Colombia. La mayor parte de la investigación fue descriptiva y de tipo observacional (97.5%). Conclusión: Con este estudio, se espera fomentar el diseño y la ejecución de investigaciones más múltiples y más complejas relacionadas con la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino en la región.

Cecilio, Cuyubamba (18) Objetivo: Intentando determinar si los hábitos sexuales se relacionan con los resultados de la citología cervical en las mujeres del Programa de Cáncer Cervical (Centro de Salud Perú-Corea). Así es como lo hicieron. Revisaron 396 registros de pacientes y realizaron un estudio que analizó patrones, conexiones, datos anteriores y explicaciones (mucho para un solo estudio). La mayoría de las mujeres comenzaron a tener relaciones sexuales después de cumplir los 21 años. De ellas, el 59.5% no tenía ninguna enfermedad cervical. La mayoría tenía pareja (83.1%). La candidiasis apareció en el 42.7% de los casos, pero solo el 2% tenía células cervicales infectadas. El 73.2% de las pacientes presentó conductas sexuales de bajo riesgo. Al analizar todo, los hábitos sexuales claramente influyeron en los resultados de la citología y ayudaron a explicar quién está en riesgo de tener problemas cervicales.

Graus (19) Objetivo: Se observó la frecuencia con la que se presentaron lesiones cancerosas premalignas y malignas en mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, Seccional Cajamarca. Se utilizó un método descriptivo y analítico no experimental. Se encontró que la citología



detectó lesiones en el 2,92 % de los casos, y la mayoría de las lesiones premalignas se presentaron en 2021 y 2022. ¿Un factor de riesgo importante? Iniciar relaciones sexuales entre los 16 y los 18 años (parece ser temprano), múltiples parejas sexuales, ausencia de tamizajes previos, multiparidad (3 o más hijos) y edad de 44 a 48 años con ocupación de ama de casa. En el diagnóstico citológico se identificó H-SIL (36.3%), L-SIL (34.3%) y ASC-H (13.7%). La anatomopatología reveló L-SIL (28.9%), HSIL (21.7%), carcinoma in situ (18.1%), carcinoma invasor (9.6%) y procesos inflamatorios/sin lesiones (21.7%). Conclusión: más de la mitad de las pacientes nunca se habían realizado un tamizaje. Entre la población de 44 a 53 años, las lesiones premalignas fueron las más frecuentes, mientras que en mujeres mayores de 51 años se observaron más las malignas, lo que evidencia que se deben mejorar las estrategias de detección temprana en esta población.

Matassini, Luna (20) Objetivo: Este estudio explora los obstáculos para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de cuello uterino en un hospital estatal de Lima, Perú. Resulta que no hay suficientes médicos y enfermeras. Los edificios del hospital también necesitan mejoras. Todo esto dificulta la gestión y promoción de controles regulares para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. El sistema de salud no puede gestionarlo, las pacientes carecen de suficiente información y priorizan sus trabajos y las tareas del hogar. Todo esto en conjunto ayuda a explicar por qué la atención de esta enfermedad simplemente no es suficiente. A veces, se debe a la falta de recursos, pero también a la falta de concienciación de las pacientes. El



personal médico del hospital también se enfrenta a una gran carga de trabajo y a oportunidades de capacitación limitadas. Por lo tanto, para mejorar la situación, sería necesario fortalecer la infraestructura.

Egoavil (21) Objetivo: Se investigó la relación entre los factores de riesgo y los resultados de la citología cervical en una mujer adulta atendida en el Centro de Salud Mi Perú del Callao. Se utilizó un estudio básico, principalmente descriptivo y correlacional. No se realizaron experimentos, solo se revisaron registros antiguos y se siguió el método hipotético-deductivo. Se revisaron 297 expedientes médicos. La mayoría de las mujeres (61,6%) tuvo su primera experiencia sexual antes de los 17 años. Casi todas (96%) tuvieron más de una pareja sexual. La mitad (50,8%) tuvo su primer hijo antes de los 22 años, el 58.6% presentó antecedentes de aborto y el 1.7% tuvo infección por VPH como antecedente de ITS. Conclusión: Se encontró una correlación positiva media y significativa ($r=0.471$) entre los factores de riesgo y los hallazgos citológicos, lo que confirma la hipótesis alterna y demuestra una asociación moderada entre estas variables.

2.1.3 A nivel regional

Mamani (22) Objetivo: Intentando averiguar qué afecta cómo las mujeres en edad fértil llegan a los servicios de salud y cómo eso se conecta con un cáncer de cuello uterino en el Hospital Carlos Cornejo Azángaro 2023. Los investigadores utilizaron algunos números y optaron por una configuración no experimental, verificaron cosas en un momento dado y buscaron vínculos



entre las cosas. Resultados: reflejaron que, se diagnosticó 30 casos de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil, evidenciando carga significativa patológica, donde se encontró el 50% de las pacientes enfrentan baja accesibilidad al sistema de salud, destacándose aquellas con baja integración social 43.3% y baja capacidad económica 40%, las mujeres con moderada accesibilidad están mayormente relacionadas con áreas de moderada integración social 43.3% y capacidad económica 46.7%. Conclusion: existe relación de los factores de accesibilidad al sistema de salud.

Arias (23) Objetivo: Un estudio evaluó si una intervención educativa podría mejorar el conocimiento de las adolescentes sobre el cáncer de cuello uterino en el Colegio Nuestra Señora del Carmen de llave. Se utilizó un modelo cuasi experimental. Un grupo realizó una prueba previa y luego una posterior. El grupo contaba con 120 alumnas de último año (5.º de secundaria) y el recuento final fue de 41 (algunas probablemente abandonaron o no terminaron la escuela). Se analizaron los datos con la prueba de rangos de Wilcoxon ($p = 0,000$, $p \leq 0,05$; evidencia bastante sólida). Antes de la intervención, la mayoría de las alumnas (75,61 %) tenía un nivel de conocimiento medio. Los grupos más pequeños tenían niveles altos (14,63 %) y bajos (9,76 %). Después de la intervención, la situación cambió drásticamente: el 90,24 % mostró un nivel alto de conocimiento, solo el 7,32 % un nivel medio y solo el 2,44 % un nivel bajo. Por lo tanto, la intervención funcionó. Las alumnas aprendieron mucho más sobre el cáncer de cuello uterino durante este estudio.



Condori (24) Objetivo: Se investiga el conocimiento y la percepción que tienen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino en el departamento de planificación familiar del Centro de Salud I-3 Vallecito de Puno. Estudio no experimental. Grupo: 180 mujeres. Muestra: 45,2%, con un conocimiento promedio sobre la enfermedad. Casi la mitad (45,2%) se muestra indiferente (sin preocupación, sin mayor interés). Resulta que existe una fuerte relación entre lo que estas mujeres saben y su percepción sobre el cáncer de cuello uterino. Se requieren cambios importantes en la educación e intervención en planificación familiar.

Diaz (25) Objetivo: Determine la efectividad del método REAP frente al PAP convencional. Métodos: El investigador de caso quería probar un método REAP, utilizado en India para nuestro propio trabajo. Realizaron un estudio (previamente, observaron lo sucedido, hicieron comparaciones y comprobaron todo a la vez). Resulta que la tinción con el método REAP solo toma 10 minutos. El método PAP tradicional requiere 30 minutos para lo mismo. Usar alcohol para la prueba de Papanicolaou regular costaba S/. 164 soles (aproximadamente S/. 1.60 por portaobjetos). El método REAP con ácido acético costaba mucho menos, solo S/. 40 soles (aproximadamente S/. 0.40 por portaobjetos). En cuanto a la tinción citoplasmática, el REAP funcionó el 85% de las veces. El PAP tuvo un rendimiento ligeramente mejor, con un 90%. Para la tinción nuclear, el REAP tuvo una efectividad del 81% y el PAP del 86%. El coeficiente tau se situó en 0.58, lo que indica una alta correlación con la tinción nuclear. Ambos métodos mantuvieron la mayoría de los portaobjetos en buen estado hasta por 4 meses (bastante confiables a largo



plazo). Conclusión: el REAP presenta una sencillez, rapidez y costo muy inferior; que lo convierte en un reemplazo del PAP en citología cervical, sin riesgo en la calidad diagnóstica.

Goyzueta (26) Objetivo: influye en el conocimiento de las madres de la Institución Educativa N° 70561 de Juliaca sobre el cáncer cervicouterino, por lo que elegimos un plan de estudio que utiliza números y compara elementos. Nuestro plan se centró en la descripción y la búsqueda de conexiones. De 457 madres, se seleccionó una muestra estratificada de 209. Qué apareció, la mayoría tenía un conocimiento bajo (41.6%), algunas sabían una cantidad media (33.0%) y solo una cuarta parte obtuvo una puntuación alta (25.4%). Mirando más de cerca, los datos sociodemográficos como la edad, la escolaridad, cuánto dinero ganan, el trabajo y dónde obtienen su información se conectan solo un poco con cuánto saben. Lo mismo ocurre con los datos ginecológicos-obstétricos como el número de hijos y la edad cuando comenzaron a tener relaciones sexuales. Estos solo mostraron un vínculo positivo muy bajo con su nivel de conocimiento.

Ticona (27) Objetivo: averiguar si la consejería de enfermería realmente aumentaba el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de mama. Intenté un enfoque práctico. Esta investigación siguió un plan: evalué el conocimiento antes y después en dos grupos, como si echaran un vistazo y luego otro. Trabajé con 233 mujeres (de 20 a 60 años) del programa de cáncer del hospital. Seleccioné a 68 personas para un estudio más detallado, dividí a 34 por grupo. Le di a un grupo la consejería de enfermería y dejé al otro sin ella. Encontré algo interesante. El grupo de control obtuvo una puntuación media



de 8,85. Las mujeres que recibieron la consejería alcanzaron 15,97. Conclusión: la enfermera consejera en torno al cáncer de mama demuestra que es una estrategia válida de intervención en las mujeres de entre 20 y 60 años.

2.2 MARCO TEÓRICO.

2.2.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.

2.2.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

2.2.1.1.1. Edad

El 80% de los casos de neoplasias malignas cervicales son carcinomas de células escamosas, mientras que los adenocarcinomas, carcinomas adenoides de células escamosas, sarcomas y carcinoides se presentan con menor frecuencia.

Sugerencias para el tamizaje del cáncer cervical según la edad: Las mujeres deberían hacerse su primera prueba de Papanicolaou a los 21 años. Háganlo cada tres años. Eviten la prueba antes de los 21, incluso si comienzan a tener relaciones sexuales antes. De los 30 a los 65 años, una prueba de Papanicolaou cada tres años funciona. También pueden optar por una prueba de VPH cada cinco años. A veces, este tipo de prueba puede parecer confusa, pero es importante para la salud. O ambas pruebas simultáneamente cada 5 años. Para las mujeres de más de 65 años, se puede interrumpir el tamizaje si los resultados anteriores han sido normales. No obstante, si hay antecedentes de resultados anormales o insuficiente seguimiento, se sugiere proseguir con las



pruebas más allá de esa edad. Nota: La American Cancer Society sugiere comenzar la detección del VPH a los 25 años, con una frecuencia de cada 5 años hasta los 65 años (28)

2.2.1.1.2. Estado civil.

El término "estado civil" se refiere al estado marital legal de una persona en comparación con el estado de relación de sus parejas, familia o convivencia, que tiene implicaciones legales y conlleva un conjunto de derechos y responsabilidades definidas. La situación legal de una persona basada en el matrimonio o uniones culturalmente definidas, en este caso, se determina por los marcos normativos. El estado civil puede impactar las implicaciones legales en áreas tales como la herencia, derechos de propiedad, custodia de los hijos, y otros.

En Perú, se definen las siguientes categorías de estado civil:

Soltero: una persona se considera en este estado cuando no ha estado casada o no tiene uniones civiles registradas.

Casado: una persona que, de acuerdo con las disposiciones legales, ha contraído matrimonio. Este vínculo crea un conjunto de derechos y responsabilidades entre las dos partes.

Conviviente: se refiere al estado de una persona que está en una relación conyugal con otra persona sin matrimonio. Este estado conlleva, en cualquier caso, ciertos deberes y derechos.

Divorciado: una persona que legalmente lleva a cabo los procesos de terminación de una relación matrimonial.



Separado: se da cuando una persona ha dejado de vivir con su cónyuge, aunque el proceso de divorcio no ha sido formalizado.

Viudo: persona que ha perdido el estado civil de casado debido a la muerte de su cónyuge. (29)

2.2.1.1.3. Grado de instrucción

Instrucción y nivel económico: El bajo nivel socioeconómico, así como el bajo nivel cultural, constituyen riesgos en la subcultura y se interrelacionan en el desarrollo. Actualmente, las mujeres tienen objetivos especialmente cuando se superan profesionalmente. Logran niveles económicos y de ingresos que les permite mantener una calidad de vida adecuada para sus familias. No obstante, persisten mujeres a las que la situación económica no les permite sobrepasar la condicionante cultural, permaneciendo en los estratos más empobrecidos con solo un nivel de educación hasta la secundaria o a primaria. (29)

2.2.1.1.4. Ocupación.

Una de las características fundamentales del Perú en relación con la ocupación femenina se refiere al conjunto de funciones, actividades y responsabilidades que desempeñan las mujeres en sus lugares de trabajo, independientemente del tipo de labor que realicen. Actualmente, muchas mujeres desempeñan roles que les permiten enfrentar las dificultades económicas de sus hogares, siendo cada vez más frecuentes aquellas que ejercen como jefas de familia. Esto resalta la



heterogeneidad presente en la población, manifestándose en diversas condiciones de vida que no solo se reflejan en el poder adquisitivo, sino también en la estructura de los hogares mismos. Existen diferencias incluso entre personas del mismo estrato socioeconómico, lo que hace relevante comprender la composición de los hogares y sus perfiles por grupos poblacionales. Esto es vital para evaluar su situación actual, sus características principales y sus diferencias, con el fin de establecer una visión a mediano y largo plazo y aportar información para la formulación de políticas sociales. Una de las variables e indicadores esenciales para entender la situación de las familias es la situación económica, ya que permite identificar desigualdades y perfilar las condiciones de vida de los hogares en el Perú, sin ignorar otras variables importantes que podrían no ser estadísticas. (29)

2.2.1.1.5. Número de embarazos

A las personas les preocupa que los cambios hormonales durante el embarazo puedan aumentar la probabilidad de contraer una infección por VPH. Además, los efectos inmunosupresores del embarazo pueden promover el avance de lesiones pre-neoplásicas. (30)

2.2.1.1.6. Parejas sexuales

Tener relaciones sexuales a temprana edad, especialmente con muchas personas diferentes, aumenta la probabilidad de contraer el VPH. Esto incrementa el riesgo de cáncer de cuello uterino. Si ambas cosas se dan juntas, el peligro aumenta aún más. (31)



2.2.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Debido a que las enfermedades del cuello uterino tienden a ser asintomáticas en las etapas tempranas o durante el desarrollo de cambios precoces, la detección temprana es particularmente desafiante. Los síntomas y signos son generalmente el resultado de las etapas más avanzadas de la enfermedad, que es cuando ya ha afectado estructuras adyacentes y se manifiesta con un conjunto distinto de signos y síntomas clínicos. (32)

2.2.1.2.1. Antecedentes de cáncer de cuello uterino

En particular, estos hallazgos han impactado en gran medida las aproximaciones a la detección, diagnóstico y manejo de la enfermedad. Se considera como uno de los factores de riesgo tener relaciones sexuales por primera vez antes de los 18 años, tener múltiples parejas sexuales, cáncer de cuello de útero, VPH, consumo de tabaco, mujeres menores de 30 años sin controles citológicos y tener una pareja masculina infectada por VPH. Todo esto, sin duda, empeora el problema.

2.2.1.2.2. Tiempo de enfermedad

Sin embargo, últimamente, esa disminución constante se ha ralentizado. Ahora, en Estados Unidos y Europa, más mujeres menores de 50 años lo padecen. Este incremento podría deberse tanto a un aumento real en el número de casos como a una mejor detección, facilitada por técnicas avanzadas como las pruebas de VPH y la cervicografía. Este aumento podría estar vinculado al incremento en la incidencia de



adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos. La supervivencia revela notorias disparidades en función del nivel socioeconómico, existe una clara brecha en quienes reciben una buena detección y tratamiento temprano del cáncer, especialmente en las regiones más pobres. Mejorar la forma en que se maneja este cáncer y sus señales de alerta temprana podría cambiar las cosas para la salud pública, de manera importante. La enfermedad no aparece de la noche a la mañana. Comienza lentamente, avanzando sigilosamente a través de etapas tempranas como una neoplasia intraepitelial cervical (NIE-I, II y III) o un carcinoma in situ. Los médicos clasifican estos tipos según la cantidad de revestimiento cervical que afectan. En todo el mundo, alrededor del 10% al 15% de las mujeres muestran signos de estas lesiones de cáncer tempranas. Las edades en las que las personas ven la mayoría de los casos varían según el tipo de lesión. La NIE-I suele aparecer con más frecuencia entre los 15 y los 30 años, la NIE-II en personas de 30 a 34 años y la NIE-III. Los índices de avance de estas lesiones muestran una notable variabilidad (6-34%), lo cual subraya las divergencias entre naciones en términos de enfoques de diagnóstico, contextos socioculturales y niveles de atención médica (33).

2.2.1.2.3. Síntomas

Tanto el cáncer de cuello uterino como sus etapas y lesiones precoces tienden a ser asintomáticas. Se suele presentar síntomas solo cuando la enfermedad ha alcanzado un tamaño mayor y ha invadido los tejidos



adyacentes. En dichos casos, las manifestaciones clínicas más comunes son las siguientes:

1. Dolor en las piernas: Si el cáncer de cuello uterino comienza a desarrollarse tempranamente, es posible que sienta dolor o hinchazón en las piernas. Este dolor se produce porque el útero se hincha, lo que obstaculiza el normal flujo sanguíneo y, en consecuencia, se genera esta sensación desagradable.

2. Flujo vaginal: Entre los tipos de flujo vaginal, hay marrón que es de lo más nocivo y se acompaña de otros signos. Además, el flujo es normal si se secreta de manera esporádica, no presenta color ni olor, mas, si el mismo se hace más frecuente y en la combustión gotea presenta mal olor, tiene mal olor, y un buku de lo irregular, es mejor que asista a la consulta médica porque en la mayoría de los casos suele ser un cáncer de cuello uterino.

3. Sangrado anormal: Estas son señales bastante frecuentes en el cáncer de cuello uterino. Algunas mujeres suelen tener menstruaciones desordenadas y demandan alguna consulta para entender el porqué de dichos desajustes. En el caso de que el ciclo menstrual haya sido regular hasta un punto y cíclicamente se empieza a notar el sangrado en la mitad del ciclo o, incluso, en el caso de copulaciones, hay que alertarse y buscar ayuda médica.

4. Problemas urinarios: Observar los cambios en la forma de orinar a veces puede indicar un cáncer de cuello uterino en una etapa temprana. El dolor al orinar, puede arder, picar, sentir tirantez o simplemente ser



incómodo. Con frecuencia, esto indica una infección del tracto urinario. En el caso que el síntoma se torne crónico, se debe buscar ayuda médica.

5. Problemas urinarios: La incomodidad es un síntoma que puede ayudar al diagnóstico de la enfermedad, que seguimiento a los hábitos de orina. La aparición de incontinencia, polaquiuria y cambios sensibles en el color de la orina son signos de alarma, esto es más en caso que se acompañe por otras molestias mencionadas en los párrafos anteriores.

6. Dolor durante el coito: Sentir incomodidad o dolor durante el coito es uno de los síntomas que pueden indicar el inicio del cáncer de cuello uterino. En este caso, se recomienda visitar a un médico para que evalúe la razón del dolor durante el coito.

7. Dolor pélvico: Aunque puede haber un proceso donde una mujer está lidiando con un ciclo menstrual y experimentando dolor pélvico, este dolor a menudo puede ser persistente, requiriendo la atención de la mujer. Vale la pena ver a un médico si hay una frecuencia incrementada (más a menudo de lo habitual) o gravedad de los calambres y el dolor pélvico.

8. Hematuria: Uno de los síntomas tempranos de este tipo de cáncer ginecológico es la presencia de sangre en la orina. Puede deberse a algún sangrado irregular como sangrado vaginal esporádico y sin restricción (no durante la menstruación) o puede deberse a la afectación de la vejiga y las vías urinarias debido a un tumor uterino.



9. Dolor lumbar: Muchas mujeres que sufren de cáncer cervical avanzado pueden experimentar alguna molestia e inflamación en la parte baja de la espalda. Esto a menudo es el resultado de que las vías urinarias están obstruidas, lo que lleva a retención de fluidos y daño renal.

2.2.1.2.4. Pruebas de detección PAP

La prueba de Papanicolaou detecta señales tempranas de alerta en el cuello uterino. La mayoría de los médicos recomiendan comenzar a los 21 años, o aproximadamente tres años después de la primera relación sexual. Se descarta el factor hereditario en los tres casos alternativos. Se trata de una prueba importante para la identificación temprana del cáncer de cuello uterino.

La prueba se lleva a cabo en su consultorio o en su consultorio de salud particular, en la fase inicial de su vida, a los 21 años, y en general seguirá el siguiente procedimiento:

Toma de identificación para el PAP: En la sesión se le realizará un PAP y en el primer paso se le identifica.

Toma de PAP: En esta fase, el PAP también es un procedimiento en el cual de una forma muy controlada se extrae una muestra del tracto urinario en una prueba de "PAP".

El examen: En el laboratorio se están realizando ahora los estudios necesarios para el diagnóstico, en base a las muestras que se extraen durante el examen.



El resultado es muy vital para el cuidado de la salud de la mujer. Desde sus 21 años o un pocos años después le evita desarrollar pre cancer y los riesgos que conlleva realizar una intervención quirúrgica temprana.

Cosecha: Con un resultado positivo, a una mujer le evita en un futuro desarrollar cancer, y es una gran prevención para la mujer y el país.

Reducción de la mortalidad: La prueba ha mostrado impacto positivo en la disminución de la mortalidad por cáncer de cérvix en aquellas poblaciones que la realizan habitualmente.

Detección de infecciones: La prueba de Papanicolaou también puede contribuir a la detección de infecciones que comprometen la salud reproductiva de la mujer.

Frecuencia recomendada de la prueba de Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou es de suma importancia no sólo en el nivel individual, sino también en el plano poblacional, porque ayuda a reducir la prevalencia de cáncer de cérvix en la colectividad, por tal motivo es necesario impulsar campañas de información y de disponibilidad de la prueba.

2.2.1.2.5. Virus del papiloma humano (VIH)

La mayoría de los casos de VPH desaparecen por sí solos, pero a veces persisten y provocan cáncer. El cáncer de cuello uterino también es una señal de sida. Es la principal amenaza de cáncer para las mujeres con VIH en todo el mundo. Más de 500.000 mujeres son diagnosticadas cada año (una cifra enorme). La cuestión es que esta enfermedad no tiene por qué ocurrir. La vacuna contra el VPH la previene y detectarla a tiempo



ofrece una verdadera posibilidad de tratamiento. Aun así, aproximadamente la mitad de estas mujeres mueren a causa de ella. Si demoramos en detener, controlar o tratar el cáncer, la cifra podría dispararse para 2035. El cáncer de cuello uterino se manifiesta como un signo de VIH, ya que las mujeres con VIH tienen una mayor probabilidad de desarrollar manchas tempranas de VPH. Estas pueden convertirse en cáncer grave con bastante rapidez si no se toman medidas. De hecho, se ha observado que las mujeres portadoras del VIH tienen entre cuatro y cinco veces más probabilidades de sufrir cáncer de cuello uterino invasivo. Asimismo, la infección por VPH también incrementa de manera significativa la probabilidad de transmisión del VIH en ambos sexos.

2.2.1.2.6. Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento fundamental en este proceso, utilizando un colposcopio, un dispositivo óptico que proporciona una visualización ampliada del cuello uterino para una evaluación minuciosa. Durante el procedimiento, se utiliza una solución de ácido acético al 3-5% en la zona cervical, lo que hace que las áreas potencialmente patológicas adquieran un color blanquecino (acetoblanco), lo que a su vez facilita la identificación y delimitación de las lesiones sospechosas. Esta técnica incrementa notablemente la precisión del diagnóstico al realzar las particularidades morfológicas del tejido cervical anómalo. (37)

2.2.1.2.7. Imagen

En pacientes diagnosticados con cáncer cervical, las imágenes diagnósticas son fundamentales para obtener información relevante acerca de las propiedades del tumor, su alcance local y sistémico, así como la implicación de ganglios linfáticos, lo que facilita una estadificación precisa de la enfermedad. La radiografía de tórax identifica posibles metástasis en los pulmones. La tomografía computarizada se utiliza principalmente para identificar tumores grandes o en casos donde hay sospechas de metástasis. La PET-CT con fluorodesoxiglucosa (FDG) proporciona imágenes metabólicas que destacan la actividad de los tejidos tumorales, resultando especialmente eficaz en la identificación de metástasis linfáticas que superan los 10 mm. La resonancia magnética de la pelvis se considera el método más eficaz para examinar tumores primarios de más de 10 mm, gracias a su destacada habilidad para identificar la propagación del tumor en los tejidos blandos y para precisar la anatomía cervical involucrada. Estos enfoques adicionales facilitan una caracterización completa de la enfermedad, lo que ayuda a dirigir el tratamiento adecuado. (38)

2.2.1.2.8. Resultado histológico.

Para confirmar el cáncer de cuello uterino, los médicos examinan el tejido al microscopio. Observan cómo crecen las células, qué tipos de células observan y en qué medida difieren las células tumorales de las normales. La OMS clasifica estos tumores en tres grandes tipos: tumores epiteliales escamosos (que incluyen el carcinoma de células escamosas, esté



relacionado o no con el VPH, además de sus diferentes formas), tumores glandulares como adenocarcinomas de todo tipo, carcinomas adenoescamosos y tumores mixtos compuestos que presentan características tanto epiteliales como mesenquimales. A veces, el diagnóstico puede ser complejo. La clasificación ayuda a orientar el tratamiento, pero a menudo los detalles de las células tumorales proporcionan una mejor perspectiva.

El carcinoma de células escamosas es la forma histológica más común, destacándose por la generación de tejido neoplásico acompañado de un estroma inflamatorio. De acuerdo con la OMS, existen subtipos tales como queratinizante, no queratinizante, basaloide, verrucoso, entre otros. El grado histológico, conforme al sistema modificado de Broders, clasifica los tumores en tres niveles según su grado de diferenciación celular: grado 1 (bien diferenciado), grado 2 (moderadamente diferenciado) y grado 3 (pobrementemente diferenciado), siendo este último el más agresivo. Esta precisa caracterización histopatológica es crucial para el pronóstico y el enfoque del tratamiento. (40)

2.2.1.3 CARACTERÍSTICAS PREVENTIVAS.

2.2.1.3.1. Inmunización

El VPH es uno de los virus que se pueden prevenir mediante vacunación. Ésta se recomienda a personas antes de que comiencen a tener relaciones sexuales, a los 9-18 años. Tanto hombres como mujeres pueden vacunarse. Hay que señalar que los adultos que se vacunan, no



quedan exentos de la citología, que debe repetirse de forma periódica y es una obligación a partir de los 20 años para todas las mujeres.

Las vacunas protegen al organismo por medio de anticuerpos que se generan contra el virus. Si bien no garantizan que una persona no portará el virus en el futuro, sí evitan que se establezca una infección crónica que derive en una neoplasia cervical. El cáncer de cuello uterino tiene 2 de los factores de riesgo más relevantes que son:

- a) Virus de alto riesgo
- b) Persistencia

Sabes que el sistema inmunitario necesita frenos para no descontrolarse y dañar las células sanas. Utiliza proteínas de "punto de control", como interruptores de luz (que se activan o desactivan) para controlar si ataca algo. Sin embargo, a veces las células cancerosas burlan estos puntos de control, evadiendo al sistema inmunitario sin ser detectadas.

2.2.1.3.2. Hábitos tóxicos

Estudios demuestran que las mujeres fumadoras presentan residuos de tabaco en el moco cervical, sustancias que generan daño en el ADN de las células cervicales y favorecen el desarrollo de cáncer. Comparadas con no fumadoras, muestran una respuesta inmunológica debilitada contra infecciones por VPH y aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. (42)

2.2.1.3.3. Uso de hormonas.

El uso de anticonceptivos hormonales durante mucho tiempo puede provocar cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres recurren a ellos para evitar quedar embarazadas, por lo que en cierto modo es importante. (43)

2.2.1.3.4. Edad de inicio de actividad sexual

Las estadísticas muestran que el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar entre los cánceres en mujeres de entre 15 y 44 años en la Unión Europea. Solo el cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia. Este representa un problema oncológico significativo; sin embargo, la enfermedad puede detectarse fácilmente en sus etapas iniciales a través de un examen citológico (44).

2.2.1.3.5. Actividad sexual

La investigación sugiere que las mujeres con varios compañeros sexuales o una pareja de alto riesgo tienen un mayor riesgo de desarrollar lesiones cervicales benignas y cáncer de cuello uterino, como resultado de la acumulación de exposición al VPH. El riesgo aumenta de manera proporcional al número de parejas: se duplica con dos parejas y se triplica al llegar a seis o más. El comienzo prematuro de la actividad sexual, es decir, antes de cumplir 18 años, representa un importante factor de riesgo. Este adelanto incrementa 1.5 veces la probabilidad de exposición al VPH oncogénico entre los 18 y 20 años, y esa cifra se duplica en aquellos menores de 18, especialmente si se combinan con prácticas sexuales de riesgo (45).



2.2.2 CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

El VPH desencadena un cáncer de cuello uterino. Este virus juega un papel importante en el cáncer de células escamosas del cuello uterino y aparece primero en algo llamado neoplasia intraepitelial cervical (CIN 1, 2 y 3). También se desarrolla el adenocarcinoma de cuello uterino y una etapa inicial llamada adenocarcinoma in situ (AIS).

El VPH desencadena ciertos tipos de cáncer en la vulva y la vagina, así como en etapas tempranas, como la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) y la neoplasia intraepitelial vaginal (NIV). Esta infección se propaga con relativa facilidad. Sin una buena vacunación, más de la mitad de los adultos sexualmente activos contraen el VPH en algún momento. Generalmente, el cuerpo lo combate y todo vuelve a la normalidad, pero algunas personas, con la mala suerte, acaban desarrollando cáncer de cuello uterino.

Los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH pueden alterar las pruebas de Papanicolaou. Se observan resultados extraños. La displasia leve también se presenta como un CIN 1, VIN 1 o VaIN 1. Las manchas de los tipos 6 y 11 no suelen convertirse en cáncer, pero no se puede distinguir la diferencia con solo observarlas. Las lesiones premalignas de los tipos 16 y 18 tienen el mismo aspecto. Los tipos 16 y 18 causan la mayoría de los cánceres, y los cánceres tempranos que se observan en el ano y el pene representan aproximadamente el 70%. A veces es un poco confuso.

La infección por los tipos 6 y 11 del VPH origina verrugas genitales, conocidas como condilomas acuminados. Estas protuberancias pueden manifestarse en la mucosa cervicovaginal, la región perianal, el área bulbar



y los genitales externos, aunque es poco común que evolucionen hacia el cáncer. Se estima que el riesgo vital de desarrollar verrugas genitales supera el 10%. La frecuencia de estas lesiones suele ser similar en hombres y mujeres.

Los tipos 6 y 11 del VPH desencadenan papilomatosis respiratoria recurrente (PRR). Este problema afecta tanto a niños como a adultos. Las personas con PRR presentan constantemente crecimientos verrugosos en las vías respiratorias. En Estados Unidos, se identifican anualmente 5,900 nuevos casos, lo que exige múltiples intervenciones quirúrgicas en su tratamiento. Las neoplasias intraepiteliales cervicales de grado 2 y 3 se presentan justo antes de que la situación empeore (preceden al carcinoma escamocelular invasivo). Lo mismo ocurre con el adenocarcinoma in situ, que deriva en el adenocarcinoma invasivo de cuello uterino. Se ha comprobado que la identificación y eliminación de estas lesiones reduce el riesgo de cáncer invasor (prevención secundaria); por lo tanto, la vacunación como medida de prevención primaria también contribuirá a evitar el desarrollo de cáncer invasor. No se puede utilizar el cáncer cervicouterino invasor como un criterio final en los estudios de efectividad de las vacunas contra el VPH, dado que es fundamental implementar estrategias de prevención secundaria. Entonces, si observamos la historia reciente, cosas como un CIN 2 (displasia cervical de grado moderado), un CIN 3 (displasia cervical de alto grado o incluso carcinoma in situ) y un adenocarcinoma in situ muestran mejor cómo las buenas vacunas contra el VPH detienen el cáncer de cuello uterino.



La neoplasia intraepitelial cervical de grado 3 y un adenocarcinoma in situ se consideran cánceres de cuello uterino de grado 0 según las directrices de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. La neoplasia intraepitelial bulbar de grados 2 y 3, así como la neoplasia intraepitelial vaginal de grados 3 y 4, constituyen señales de alerta para los cánceres bulbar y vaginal relacionados con el VPH.

2.2.2.1.1. Estadificación

La estadificación del cáncer cervical describe la extensión de la enfermedad desde su origen, siendo fundamental para determinar el pronóstico y tratamiento adecuado. Según el sistema FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), la clasificación se basa en hallazgos clínicos, estudios de imagen y biopsias, manteniéndose invariable incluso en casos de recurrencia. El estadio I indica cáncer confinado al cuello uterino, subclasificado según tamaño y profundidad:

- IA (solo visible microscópicamente):
 - IA1: invasión ≤ 3 mm.
 - IA2: invasión >3 mm pero <5 mm.
- IB (invasión >5 mm):
 - IB1: tumor ≤ 2 cm.
 - IB2: tumor >2 cm pero <4 cm.
 - IB3: tumor ≥ 4 cm.

El estadio II implica extensión más allá del útero sin afectar el tercio inferior vaginal o la pared pélvica:

- IIA (compromiso vaginal superior):



- IIA1: tumor ≤ 4 cm.
- IIA2: tumor >4 cm.
- IIB: invasión parametrial.

El estadio III denota afectación del tercio inferior vaginal, pared pélvica, hidronefrosis o ganglios linfáticos:

- IIIA: compromiso vaginal sin pared pélvica.
- IIIB: extensión a pared pélvica y/o hidronefrosis.
- IIIC (afectación ganglionar):
 - IIIC1: ganglios pélvicos.
 - IIIC2: ganglios paraaórticos.

El estadio IV corresponde a enfermedad metastásica:

- IVA: invasión de vejiga/recto.
- IVB: diseminación a órganos distantes (hígado, pulmones, huesos).

Esta clasificación permite estandarizar el manejo terapéutico y evaluar el pronóstico de manera consistente. (50)

2.2.2.1.2. Tratamiento

El tratamiento del cáncer cervicouterino se determina según el tipo histológico, estadio clínico y condiciones generales del paciente, siendo la estadificación un factor clave para la selección terapéutica. En estadios iniciales (IA1), las opciones incluyen conización cervical o histerectomía total, mientras que para IA2 se recomienda histerectomía radical modificada con linfadenectomía. Los estadios IB1-IIA1 generalmente requieren histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, aunque en IB2 y IIA1 también puede considerarse



quimiorradioterapia. Para estadios IB3 y IIA2, donde existe mayor riesgo de afectación ganglionar, el manejo combina cirugía con quimiorradioterapia adyuvante. En la etapa IVB, el tratamiento es paliativo, enfocado en controlar síntomas mediante radioterapia y/o quimioterapia. El pronóstico varía significativamente según el estadio al diagnóstico: la supervivencia a 5 años alcanza 92% en casos localizados, disminuyendo a 59% cuando hay afectación regional y a 17% en enfermedad metastásica, según datos del Instituto Nacional del Cáncer. (51)

2.3 MARCO CONCEPTUAL.

Cáncer de cuello uterino: neoplasia maligna que se desarrolla a partir del epitelio que recubre el cuello uterino, con mayor frecuencia iniciándose en la zona de transformación (área de unión entre el epitelio columnar del endocérvix y el epitelio escamoso del exocérvix). Esta región anatómica particularmente vulnerable representa el sitio más común de origen de las lesiones premalignas y del posterior desarrollo del carcinoma invasor. (52)

Control ginecológico: examen ginecológico periódico incluye la evaluación de los genitales externos, la realización de la prueba de Papanicolaou para el cribado cervical y la exploración manual mediante tacto vaginal para valorar los órganos reproductivos internos. Este procedimiento integral permite detectar precozmente alteraciones en el tracto genital femenino (39).

Cribado de cáncer de cuello uterino: El programa de detección temprana de cáncer cervical implica la evaluación sistemática de mujeres asintomáticas con riesgo de desarrollar esta neoplasia. (40)



Examen de Papanicolau: Examen diagnóstico diseñado para detectar alteraciones celulares premalignas y malignas en el cuello uterino, así como identificar procesos infecciosos o inflamatorios en la región cervical. (34).

IVAA: representa una técnica diagnóstica ginecológica que funciona como alternativa a la citología convencional (Papanicolaou) para la identificación de lesiones premalignas en el cuello uterino. (38)

Metástasis: Proceso patológico caracterizado por la diseminación de células neoplásicas desde la lesión primaria hacia sitios anatómicos distantes, mediado por mecanismos hematógenos y/o linfáticos. Las células tumorales metastásicas conservan las características histopatológicas y moleculares del tumor de origen, estableciendo focos secundarios de crecimiento neoplásico en órganos blanco. Este fenómeno representa una propiedad biológica fundamental de la malignidad oncológica y constituye una de las principales causas de morbilidad en pacientes con cáncer. (51)

Prueba confirmativa: Procedimientos diagnósticos que, con un grado validado de precisión y especificidad, permiten verificar inequívocamente la presencia de una patología, agente etiológico, marcador biológico o condición clínica particular bajo investigación. Estas técnicas proporcionan evidencia concluyente para establecer un diagnóstico definitivo, diferenciándose de las pruebas de tamizaje por su mayor valor predictivo positivo y capacidad de identificación certera de la entidad buscada. (52)

Pruebas de tamizaje: Estrategia de salud pública que consiste en la aplicación sistemática de pruebas diagnósticas de bajo costo y fácil



ejecución en poblaciones asintomáticas, con el objetivo de detectar precozmente condiciones patológicas en su fase subclínica. Estas intervenciones permiten identificar individuos aparentemente sanos que presentan factores de riesgo o manifestaciones iniciales de enfermedad, facilitando la implementación oportuna de medidas preventivas o terapéuticas. (47)



CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación utiliza un diseño no experimental (53). Nadie cambió las variables de estudio.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Este es un estudio de investigación básica. Conecta variables en lugar de realizar experimentos. Es transversal, ya que recopila toda la información de una sola vez, no a lo largo del tiempo. Se analizan los datos de 2024, por lo que es una especie de retrospectiva. (53)

3.3 MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.

El método es hipotético deductivo con enfoque cuantitativo, debido a que primero se realizó una hipótesis para después deducir las consecuencias probables y comprobarlas según los resultados.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.4.1 Población.

La población elegida estará conformada por todas las mujeres que fueron



sometidas a examen del papanicolaou para descartar cáncer de cuello uterino y pacientes con este diagnóstico según la historia clínica, según el reporte de la oficina de estadística del HCMM de la ciudad de Juliaca habiéndose registrado un total de 63 historias clínicas de enero a diciembre del 2024 según la base de datos.

3.4.2 Muestra:

Se trabajo con el 100% de mujeres que fueron sometidas a examen del papanicolaou.

.n= 63

Criterio de inclusión:

- Historias clínicas con procedimiento del PAP y descarte de cáncer de cuello uterino, pacientes con historias clínicas con la sintomatología de este problema según la investigación.
- Historias clínicas con datos completos según los protocolos establecidos de la historia clínica.
- Base de datos, con signos y síntomas relacionados a los problemas de complicaciones por abortos.

Criterio de exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Registro de datos con los datos que considera la operacionalización de variables.
- Historias clínicas con datos omitidos o incompletas.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN

3.5.1 Técnica

Se utilizó análisis documental de las historias clínicas con procedimiento de PAP.

3.5.2 Instrumento

Se utilizó una ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se solicitó autorización mediante la oficina de capacitación en el HCMM para recolectar la información correspondiente.

Se coordinó con la oficina de estadística para poder recolectar los datos según las historias clínicas con los diagnósticos identificados.

Se recolectó los datos para poder vaciar en una base de datos y analizar para el vaciado y el análisis de los resultados encontrados.

Se construyó el informe final para su revisión y sustentación del trabajo de investigación.

Se coordinó para la publicación de los resultados.

3.7 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Realizamos la prueba de chi-cuadrado para ordenar, interpretar y analizar los datos.

Usamos una fórmula como esta.:

$$\chi^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(o_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

3.8.1 Validez

Tres expertos revisaron las herramientas y dijeron que eran buenas para el trabajo.

3.8.2 Confiabilidad.

Con el alfa de Cronbach, la fiabilidad alcanza un 95 % de certeza usando la fórmula.

Según la fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	63	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	63	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,836	20



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general planteado en el estudio es: Analizar las características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2024.

El cáncer de cuello uterino en mujeres adultas en Juliaca (2025) se relaciona con factores sociales, clínicos y preventivos. Todas las variables mostraron una clara relación ($p < 0,05$), por lo que la hipótesis se mantiene.



TABLA 1. EDAD Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Edad de las pacientes	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
18 a 29 años	6	9.52	5	7.94	2	3.17	13	20.63
30 a 59 años	4	6.35	20	31.75	9	14.29	33	52.39
Más de 60 años	0	0.00	4	6.35	13	20.63	17	26.98
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento.

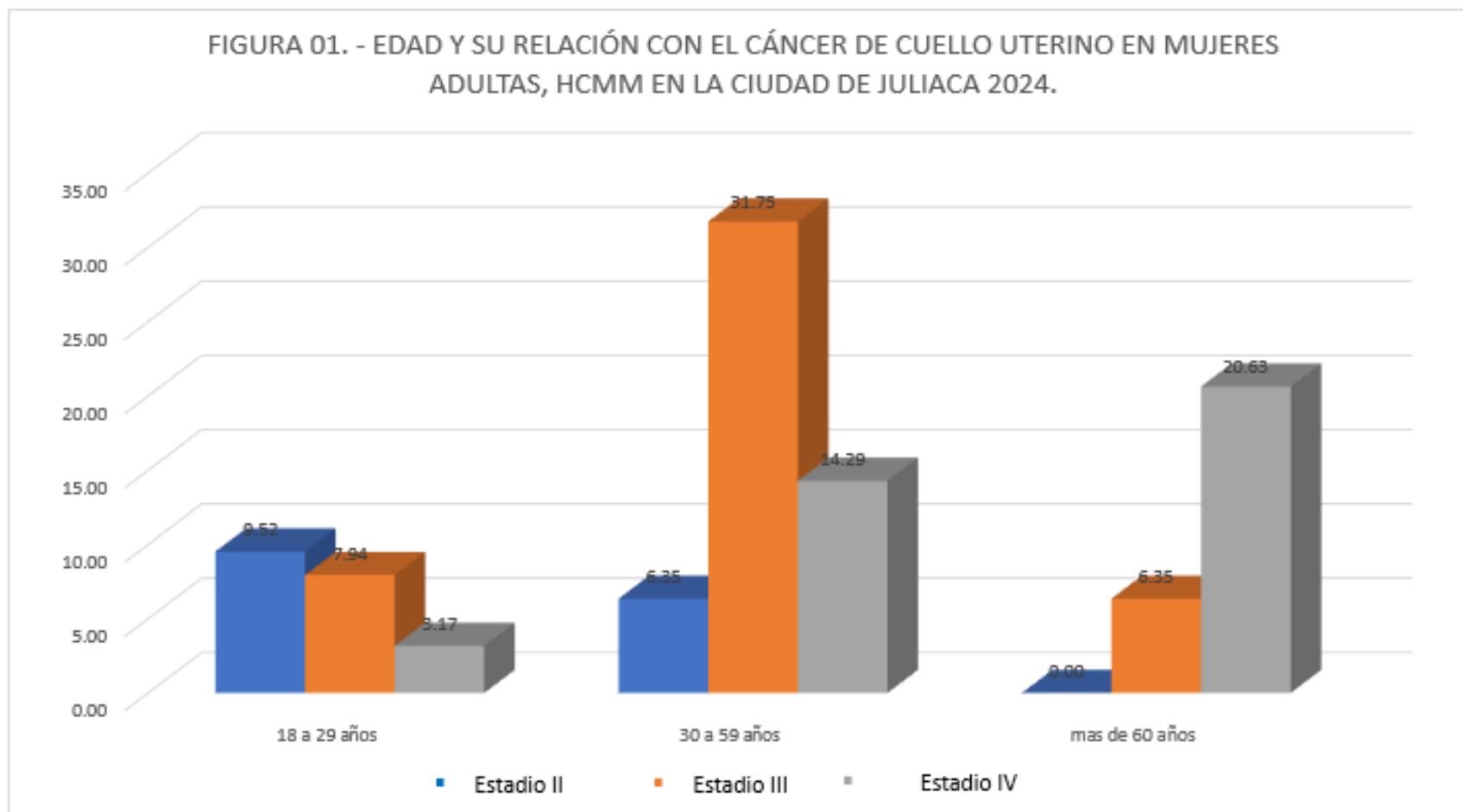
$X^2_{cal} = 23,402$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 01.



El primer objetivo específico planteado en el estudio es: Describir las características sociales relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM.

En la tabla y figura 01, se analizó la edad de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 52,38% tuvieron de 30 a 59 años, el 26,98% tuvieron más de 60 años, el 20,63% tuvieron de 18 a 29 años.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 20,63% se encontraron con más de 60 años, el 14,29% tuvieron de 30 a 59 años, el 3,17% tuvieron de 18 a 29 años; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 31,75% tuvieron de 30 a 59 años, el 7,94% tuvieron de 18 a 29 años, el 6,35% tuvieron más de 60 años; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 9,52% tuvieron de 18 a 29 años, el 6,35% tuvieron de 30 a 59 años.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 23,402, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $GI = 4$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Graus (19) que: los hallazgos evidencian que, los principales factores de riesgo identificados fueron: inicio de actividad sexual entre los 16-18 años y la franja etaria de 44-48 años. Asimismo, el análisis citológico mostró un predominio de lesiones de alto grado (H-SIL: 36.3%), seguido de lesiones de bajo grado. En la histopatología se evidenció: L-SIL (28.9%), H-SIL (21.7%), carcinoma in situ (18.1%), carcinoma invasivo (9.6%) y procesos inflamatorios (21.7%). Es importante resaltar que más de la mitad de las pacientes no contaban con antecedentes de tamizajes, encontrándose mayor prevalencia de lesiones premalignas en el grupo de 44-53 años y lesiones malignas en mayores de 51.



TABLA 2. - ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Estado civil	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Casada	0	0.00	5	7.94	8	12.70	13	20.64
Unión libre	2	3.17	11	17.46	12	19.05	25	39.68
Separada	3	4.76	4	6.35	3	4.76	10	15.87
Soltera	5	7.94	9	14.28	1	1.59	15	23.81
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{ca} = 14,658$

$ns = 0,023$

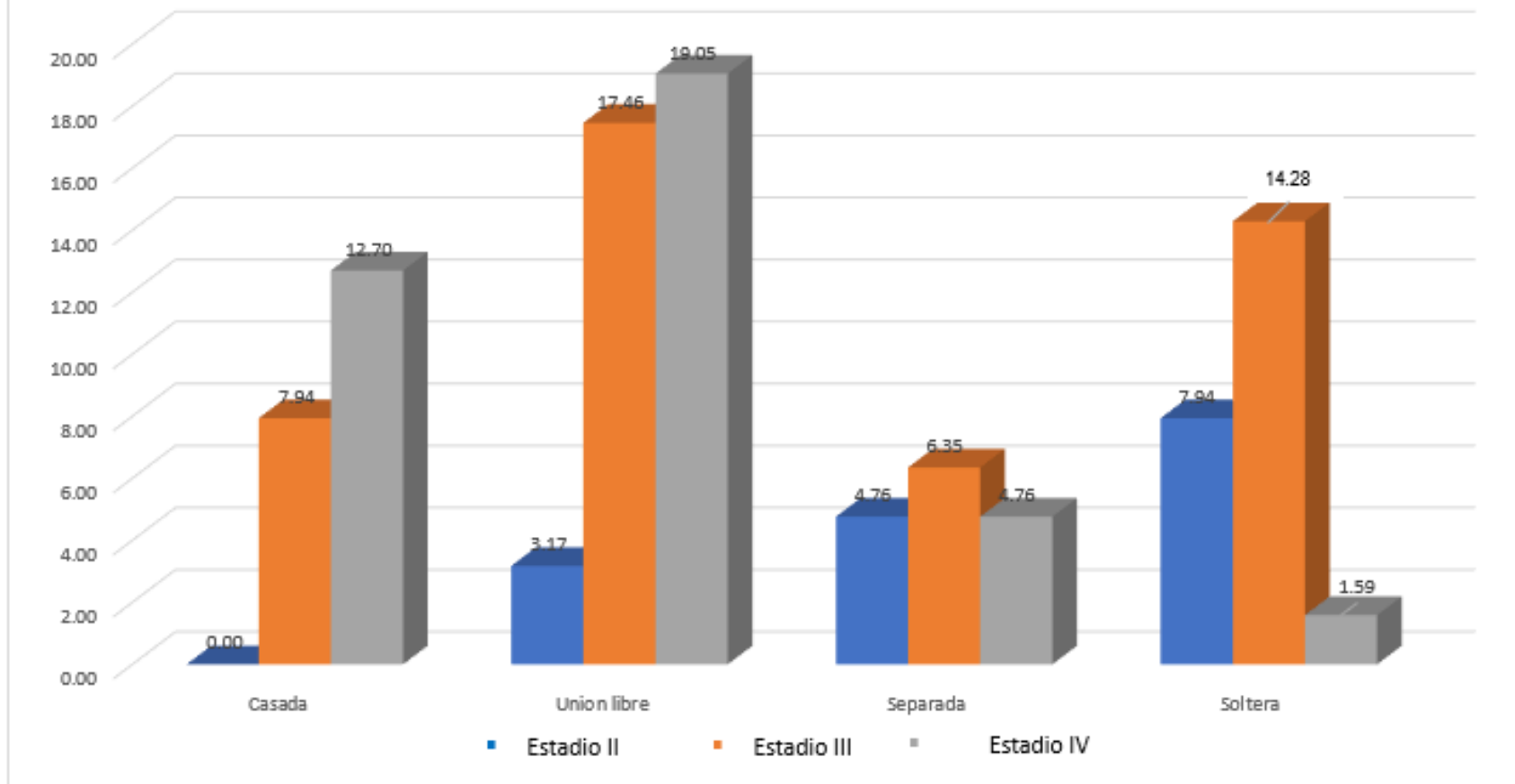
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{ca} = 12,592$

$gl = 6$



FIGURA 02. - ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.



Fuente: tabla 02.



En la tabla y figura 02, se analizó el estado civil de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 39,68% refirieron una relación en unión libre, el 23,81% refirieron estar solteras, el 20,63% refirieron estar casadas, el 15,87% refiere estar separada.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 19,05% refirieron una relación en unión libre, el 12,70% refirieron estar casadas, el 4,76% refirieron estar separadas, el 1,59% refirieron estar solteras; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 17,46% refirieron una relación en unión libre, el 14,29% refirieron estar solteras, el 7,94% refirieron estar casadas, el 6,35% refirieron estar separadas; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% refirieron estar solteras, el 4,76% refirieron estar separadas, el 3,17% refirieron una relación en unión libre.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 14,658, superior al X^2 tabulado de 12,592. A esto se suma un $G1 = 6$ y $P = 0,023$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Reyna ha concluido que: Casi la totalidad de las pacientes son amas de casa (86,73%). En promedio, cada una tuvo alrededor de 1,6 parejas sexuales. Casi ninguna se realizó la prueba del VPH (97,35%).

Todas las mujeres en edad sexual activa deben realizarse un examen ginecológico para descartar algún problema o inicio sobre algún posible cáncer al cuello uterino, lamentablemente no se tiene costumbre de realizarse exámenes ginecológicos, uno de los aspectos es el miedo al procedimiento.



TABLA 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Grado de instrucción	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primaria	0	0.00	1	1.59	9	14.29	10	15.87
Secundaria	1	1.59	10	15.87	9	14.29	20	31.75
Superior técnica	4	6.35	14	22.22	3	4.76	21	33.33
Superior universitaria	5	7.94	4	6.35	3	4.76	12	19.05
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

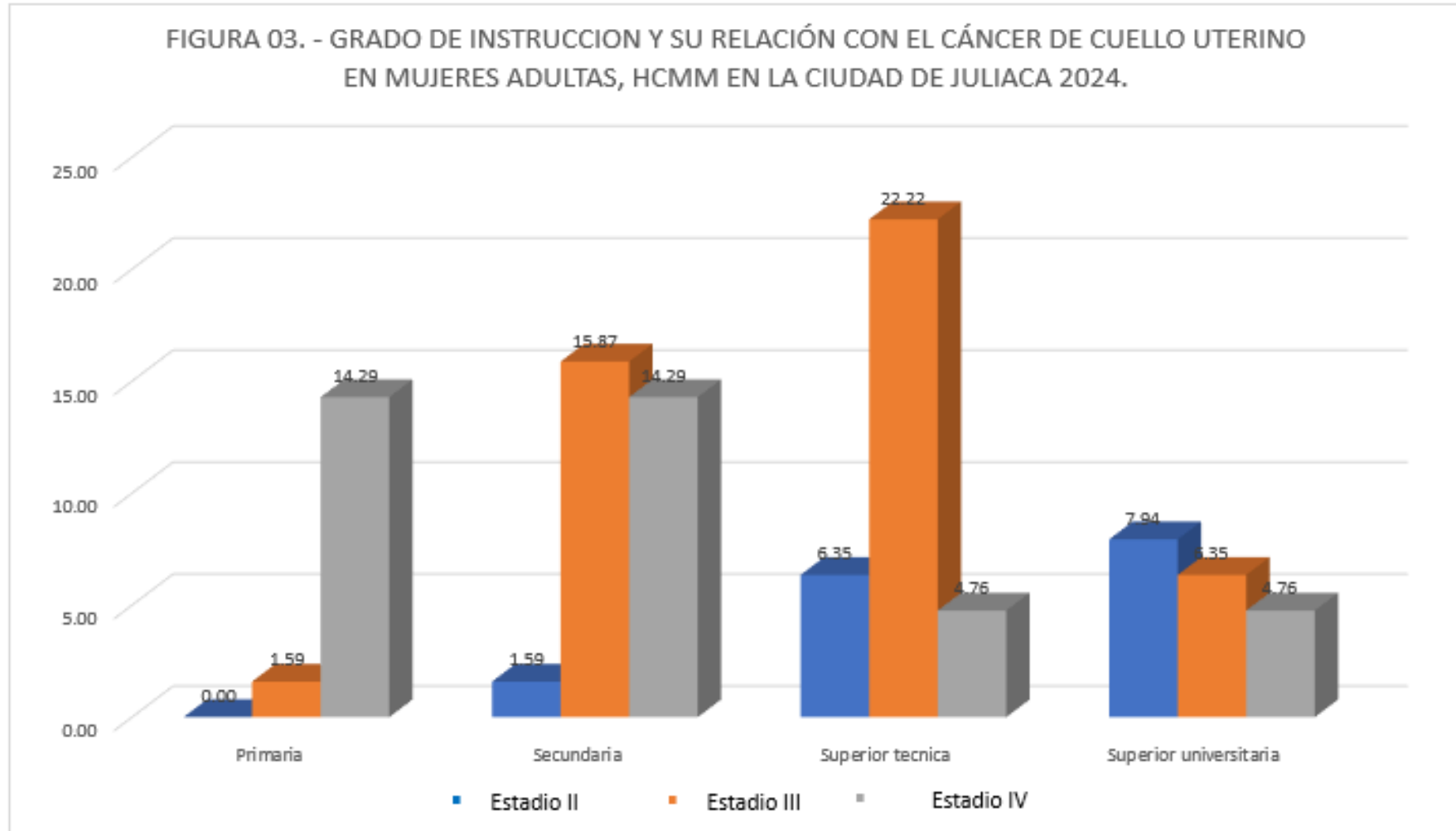
$$X^2_{ca} = 24,479$$

$$ns = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{ca} = 12,592$$

$$gl = 6$$



Fuente: tabla 03.



En la tabla y figura 03, se analizó el grado de instrucción de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 33,33% estudio superior técnica, el 31,75% estudio secundaria, el 19,05% estudio superior universitaria, el 15,87% estudio primaria.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino ,el 14,29% estudio secundaria, el 14,29% estudio primaria, el 4,76% estudio superior técnica, el 4,76% estudio superior universitaria; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 22,22% estudio superior técnica, el 15,87% estudio secundaria, el 6,35% estudio superior universitaria; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% estudio superior universitaria, el 6,35% estudio superior técnica, el 1,59% estudio secundaria.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 24,479, superior al X^2 tabulado de 12,592. A esto se suma un $Gl = 6$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Zhang, Yu, Zhu, et al. (6) concluyeron que: Estados Unidos lidera la investigación en vacunas e inmunoterapia para el cáncer de cuello uterino, enfocándose en la eficacia y seguridad de la vacuna contra el HPV. La evolución de la investigación ha cambiado de evaluaciones clínicas a cubrir los enfoques de administración y el desarrollo de nanovacunas, demostrando un enfoque integral de aplicación preventiva y poblacional.



TABLA 4. OCUPACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Ocupación	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Trabajo independiente	1	1.59	14	22.22	22	34.92	37	58.73
Trabajo dependiente	1	1.59	9	14.29	2	3.17	12	19.05
Estudia y trabaja	1	1.59	4	6.35	0	0.00	5	7.94
Su casa	7	11.11	2	3.17	0	0.00	9	14.28
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

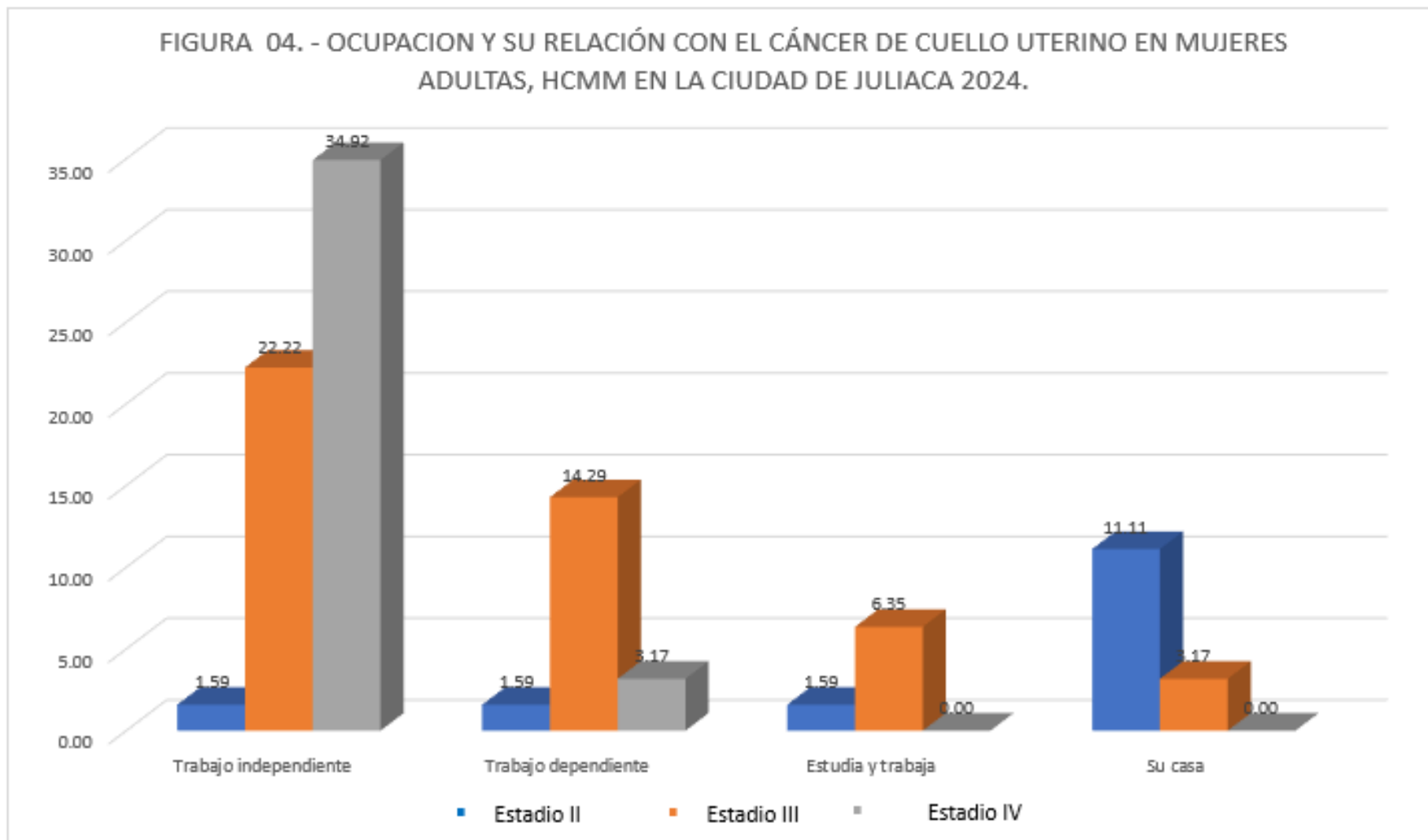
$X^2_{cal} = 42,557$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 12,592$

$gl = 6$



Fuente: tabla 04.



En la tabla y figura 04, se analizó la ocupación de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 58,73% tenía un trabajo independiente, el 19,05% tenía un trabajo dependiente, el 14,29% se dedicaba a su casa, el 7,94% refirió que estudia y trabajaba.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 34,92% tenía un trabajo independiente, el 3,17% tenía un trabajo dependiente; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 22,22% tenía un trabajo independiente, el 14,29% tenía un trabajo dependiente, el 6,35% refirió que estudia y trabajaba; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 11,11% se dedicaba a su casa, el 1,59% tenía un trabajo independiente, el 1,59% tenía un trabajo dependiente.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 42,557, superior al X^2 tabulado de 12,592. A esto se suma un $Gl = 6$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Reyna ha concluido que: la mayoría de los pacientes son amas de casa 86.73%, la etapa clínica más frecuentemente encontrada en el momento del diagnóstico fue la etapa IIIB 18.58% y el tipo histológico más recurrente fue el carcinoma de células escamosas 91.15%.

Todas las mujeres deben realizarse un tamizaje de control ginecológico, con el objetivo de identificar alguna patología a nivel uterino, nada tiene que interferir la ocupación, más bien podría ser de que las mujeres que laboran como trabajadoras sexuales tienen algo de riesgo de desencadenar problemas desde infecciones por transmisión sexual hasta la propia infección del VPH virus del papiloma humano, además de desencadenar algún tipo de cáncer uterino.



TABLA 5. NÚMERO DE EMBARAZOS Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Número de embarazos	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primero	5	7.94	5	7.94	2	3.17	12	19.05
Segundo	5	7.94	13	20.63	7	11.11	25	39.68
Tercero a mas	0	0.00	11	17.46	15	23.81	26	41.27
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

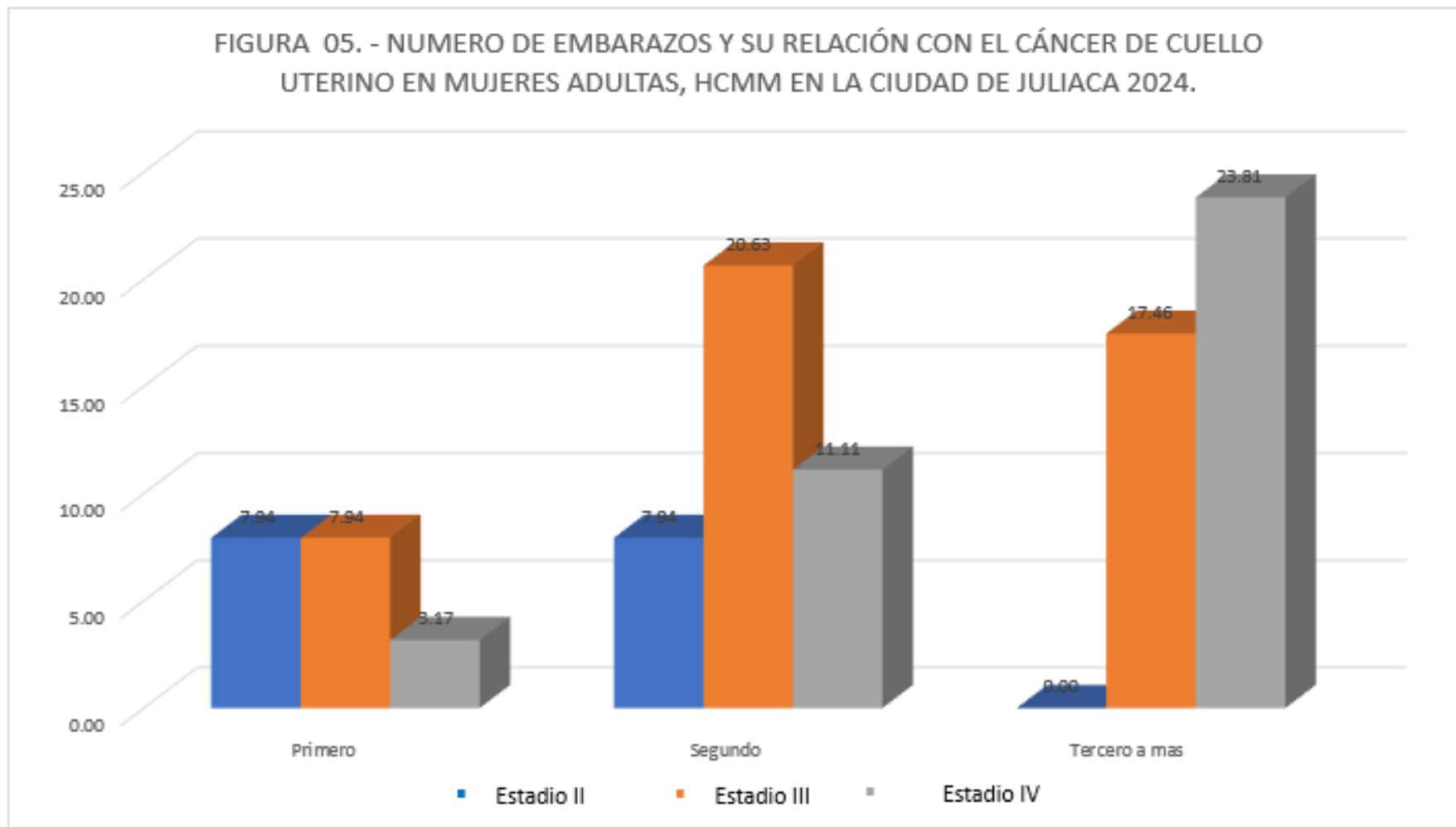
$X^2_{cal} = 14,483$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 05.



En la tabla y figura 05, se analizó el número de embarazos de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 41,27% refirió el tercero a más embarazo, el 39,68% refirió el segundo embarazo, el 19,05% refirió el primer embarazo.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 23,81% refirió el tercero a más embarazo, el 11,11% refirió el segundo embarazo, el 3,17% refirió el primer embarazo; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 20,63% refirió el segundo embarazo, el 17,46% refirió el tercero a más embarazo, el 7,94% refirió el primero; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% refirió segundo embarazo, el 7,94% refirió el primero.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 14,483, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $GI = 4$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Khumalo, Carey, Mackenzie et al. (7) han documentado que: Hubo un aumento estimado del 32% en publicaciones semestrales, predominando los estudios descriptivos (89%). Si bien hubo un aumento en los estudios de intervención, solo el 28% cumplió con los criterios EPOC de Cochrane.

La teoría describe que las mujeres con mayor número de hijos tienen alta probabilidad de desencadenar algún problema a nivel uterino, aunque se no se ha encontrado evidencia certera que el número de hijos este asociada directamente al número de hijos.



TABLA 6. PAREJAS SEXUALES Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Parejas sexuales	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Uno	4	6.35	0	0.00	0	0.00	4	6.35
Dos	5	7.94	11	17.46	2	3.17	18	28.57
Tres a mas	1	1.59	18	28.57	22	34.92	41	65.08
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

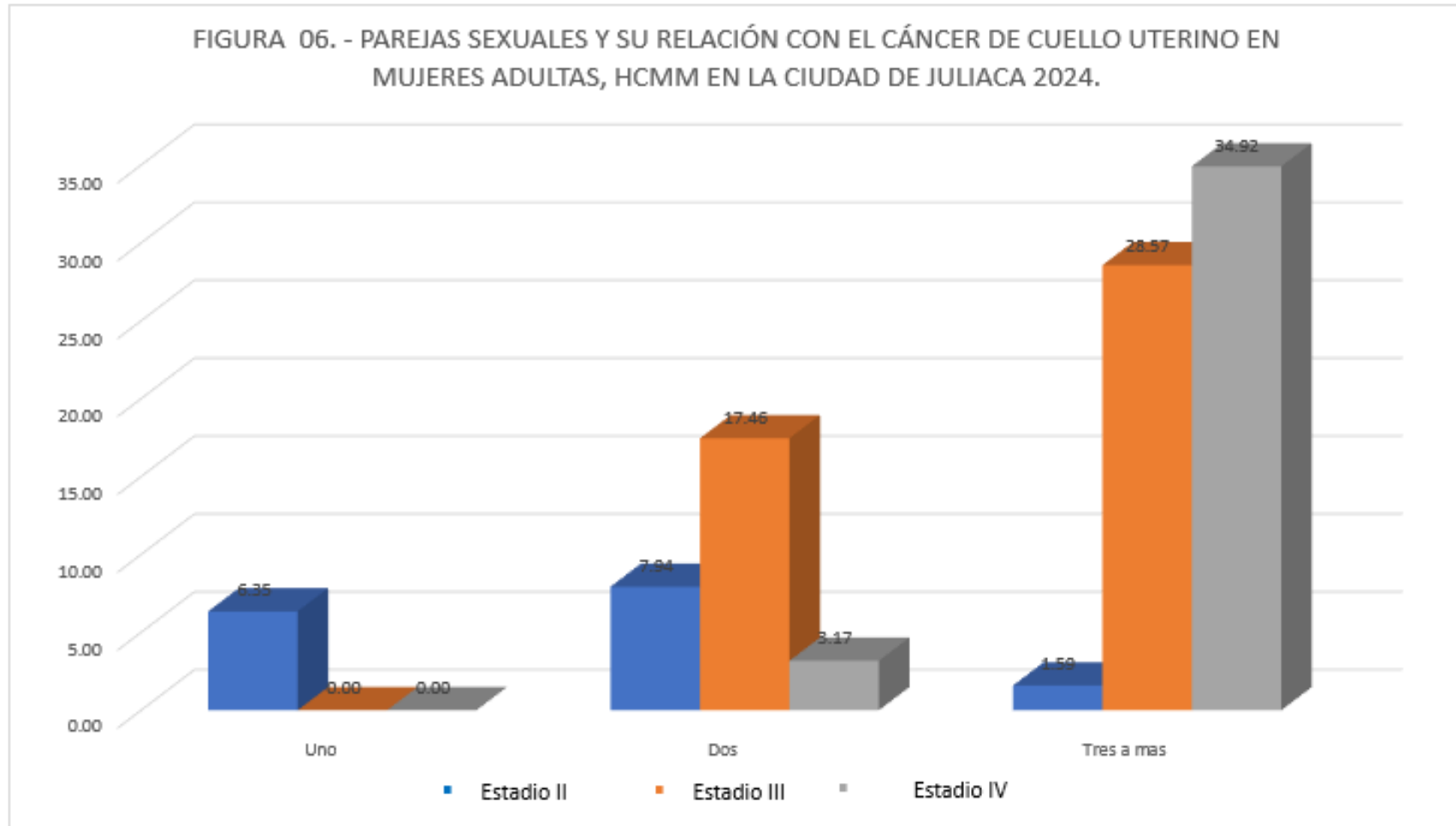
$X^2_{ca} = 34,446$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{ca} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 06.



En la tabla y figura 06, se analizó las parejas sexuales de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 65,08% refirió tres a más parejas sexuales, el 28,57% refirió dos parejas sexuales, el 6,35% refirió uno.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 34,92% refirió tres a más parejas sexuales, el 3,17% refirió dos parejas sexuales; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 28,57% refirió tres a más parejas sexuales, el 17,46% refirió dos parejas sexuales; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% refirió dos parejas sexuales, el 6,35% refirió uno, el 1,59% refirió tres a más parejas sexuales.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 34,446, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $Gl = 4$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Egoavil (21) ha llegado a las siguientes conclusiones: El estudio reveló que el 61.6% inició su vida sexual antes de los 17 años, el 96% tuvo múltiples parejas sexuales y el 50.8% tuvo su primer parto antes de los 22 años. Adicionalmente, el 58.6% reportó abortos previos, con un 1.7% mostrando antecedentes de HPV como una ITS.

Estudios basados en la evidencia han encontrado que a mayor número de parejas sexuales, mayor el riesgo de presentar infecciones a nivel del útero, sumados a la promiscuidad conlleva a incrementar problemas relacionados a los problemas ginecológicos.



TABLA 7. ANTECEDENTES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Antecedentes de cáncer de cuello uterino	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguno	7	11.11	19	30.16	4	6.35	30	47.62
Madre	3	4.76	3	4.76	2	3.17	8	12.70
Desconoce	0	0.00	7	11.11	18	28.57	25	39.68
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

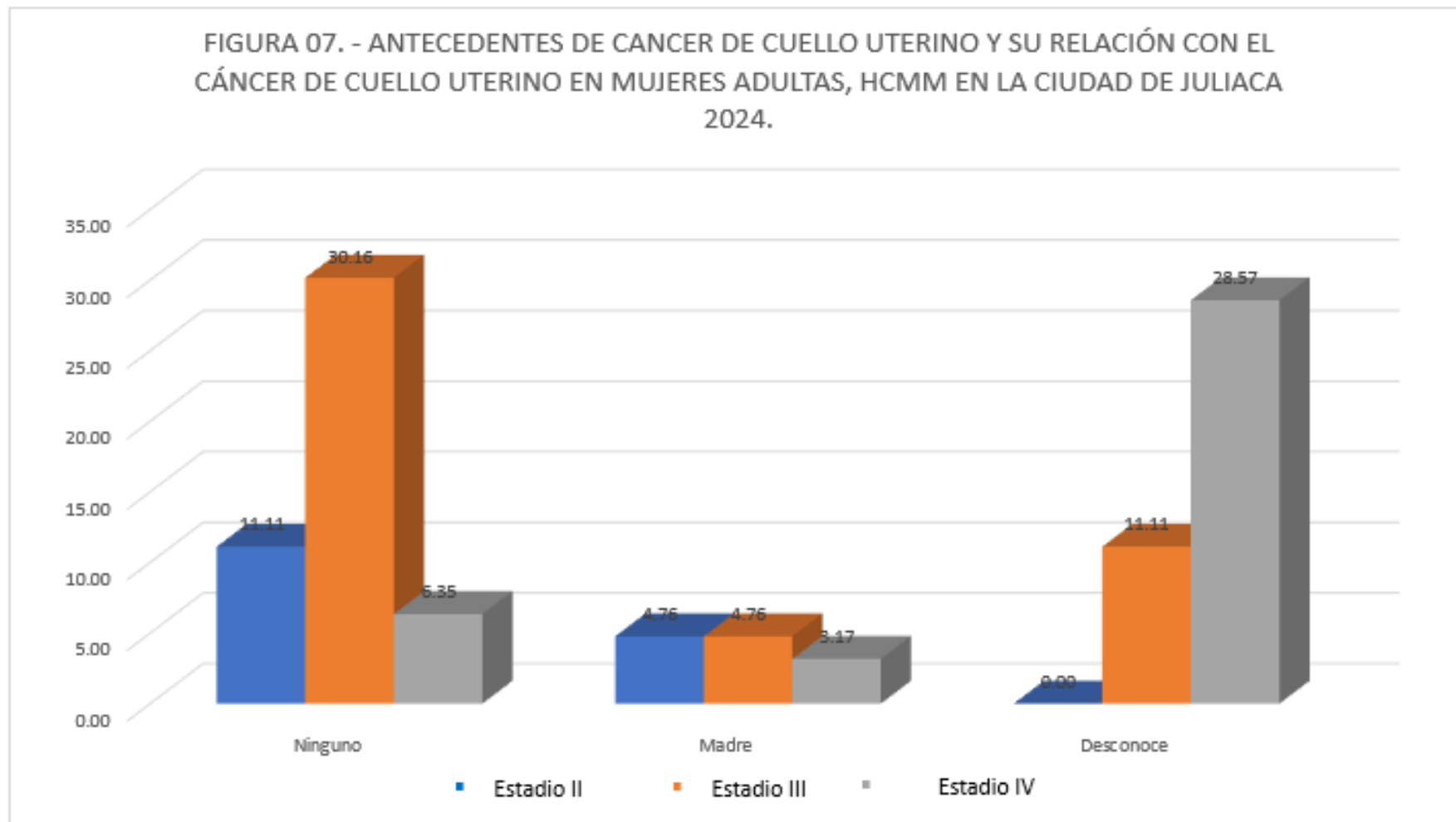
$X^2_{cal} = 23,953$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 07.



El segundo objetivo específico planteado en el estudio es: Analizar las características clínicas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM.

En la tabla y figura 07, se analizó los antecedentes de cáncer de cuello uterino de las pacientes que presentan cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 47,62% no refirió ningún antecedente, el 39,68% refirió antecedente de la madre, el 12,70% refirió que desconoce si tiene antecedentes.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 28,57% refirió que desconoce si tiene antecedentes, el 6,35% no refirió ningún antecedente, el 3,17% refirió antecedente de la madre; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 30,16% no refirió ningún antecedente, el 11,11% refirió que desconoce si tiene antecedentes, el 4,76% refirió antecedente de la madre; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 11,11% no refirió ningún antecedente, el 4,76% refirió antecedente de la madre.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 23,953, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $GI = 4$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Brüggmann, Quinkert, Jaque et al. (8) han encontrado que: Los países europeos que más investigan son el Reino Unido, Alemania y Francia, seguidos por algunos países de América del Sur y África. Se observó un aumento gradual en la producción científica respecto a esta enfermedad, aunque la distribución global fue desigual, siendo Estados Unidos el colaborador más frecuente.



Desde una perspectiva temática, la oncología y la obstetricia y ginecología emergieron como las áreas de investigación predominantes. Al analizar la productividad científica ajustada por población, Suecia, Austria y Noruega destacaron como los países más productivos. Cuando el análisis consideró la incidencia anual de cáncer de cuello uterino, Finlandia, Austria y los Países Bajos mostraron los mayores niveles de producción investigadora.

La teoría ha evidenciado mediante estudios basados en la evidencia que las familias con antecedentes de cuello uterino tienen alta probabilidad de presentar cáncer uterino, por lo general muchos de estos problemas son heredados de madres a hijas, es importante el descartar la presencia de algún tipo de cáncer en las mujeres para poder controlar oportunamente.



TABLA 8. TIEMPO DE ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Tiempo de enfermedad	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor a un año	7	11.11	6	9.52	0	0.00	13	20.64
De 1 a 3 años	3	4.76	15	23.81	7	11.11	25	39.68
Mas de 3 años	0	0.00	8	12.70	17	26.98	25	39.68
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

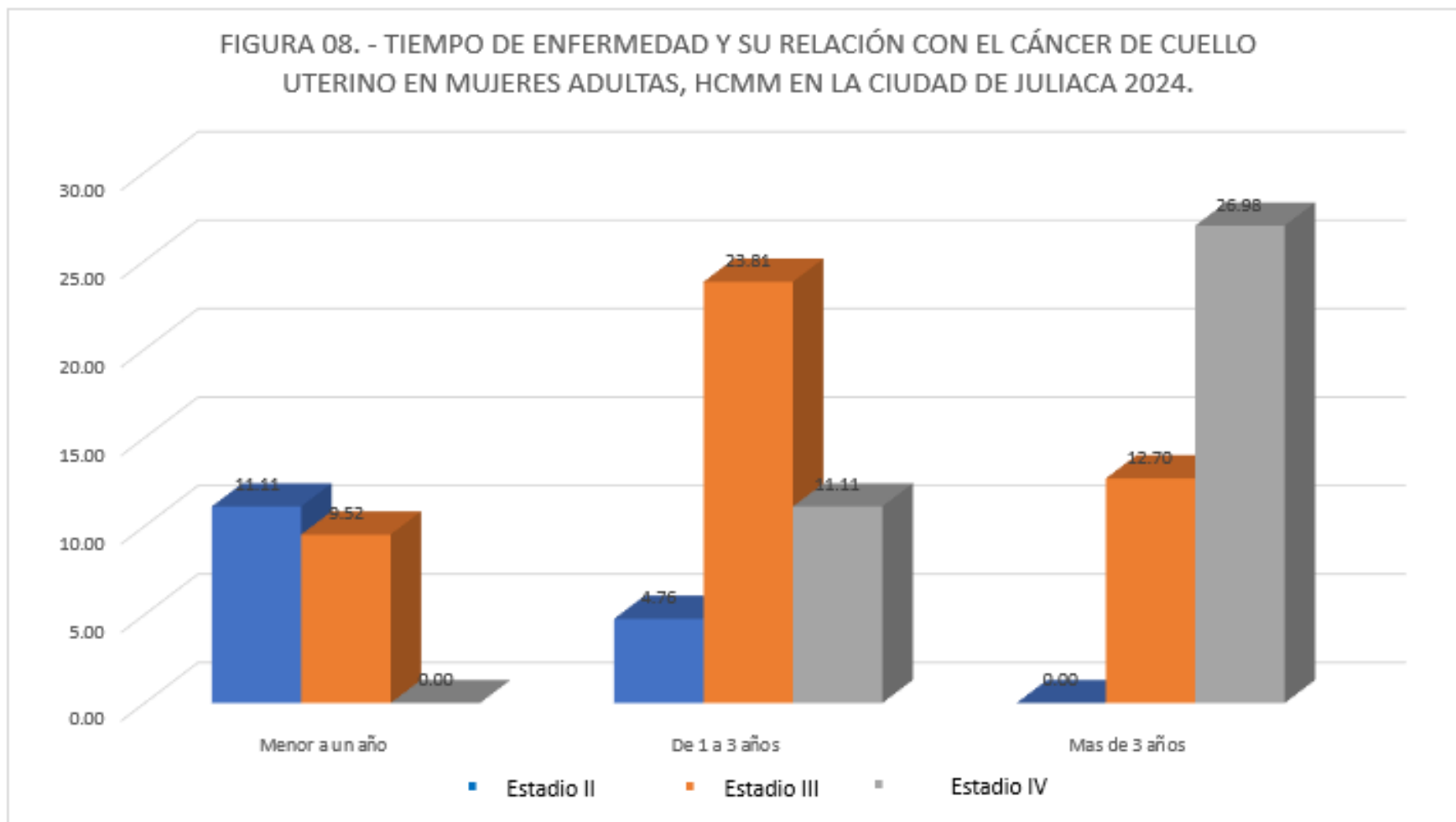
$X^2_{ca} = 29,633$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{ca} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 08.



La Tabla 8 y la Figura 8 detallan la duración de la enfermedad en personas con cáncer de cuello uterino. Algunas la padecieron durante 1 a 3 años (aproximadamente un 39,68 %). El mismo porcentaje se observó en quienes la padecieron durante más de 3 años. Solo el 20,63 % la padeció durante menos de un año. En el estadio IV, el 26,98 % de las pacientes la padecieron durante más de 3 años. Solo el 11,11 % la padeció entre 1 y 3 años. En el estadio III, el 23,81 % la padeció durante 1 a 3 años, el 12,70 % superó los 3 años y el 9,52 % la padeció durante menos de un año. En el estadio II, el 11,11 % la padeció durante menos de un año. Y el 4,76 % la padeció durante más de 3 años. Las cifras hablan por sí solas.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 23,953, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $GI = 4$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Zhao, et al. (9). El estudio analizó las técnicas de braquiterapia intracavitaria (IC) y radioterapia conformada tridimensional (3D-CRT), proporcionando una crítica completa sobre la evolución de los tratamientos radioterápicos. Los resultados confirmaron el papel fundamental de la braquiterapia como componente indispensable en el manejo terapéutico. Además, la investigación identificó a la Universidad en este campo, particularmente en el desarrollo y aplicación de técnicas avanzadas de braquiterapia para el cáncer cervical.



TABLA 9. SÍNTOMAS Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Síntomas	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ginecorragia	5	7.94	5	7.94	0	0.00	10	15.87
2 a 5 síntomas	5	7.94	21	33.33	12	19.05	38	60.32
6 a más síntomas	0	0.00	3	4.76	12	19.05	15	23.81
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

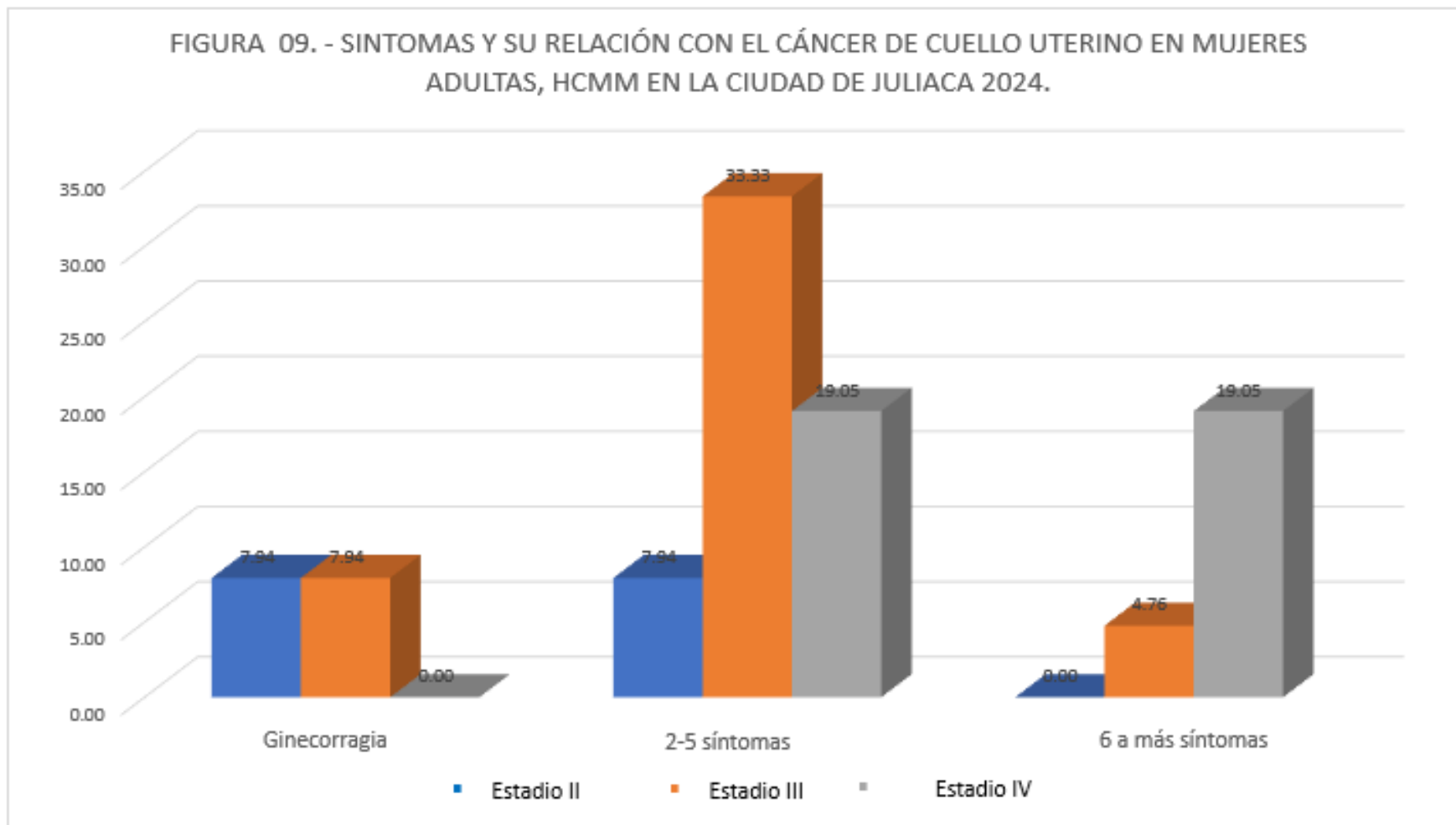
$$X^2_{cal} = 23,988$$

$$ns = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{cal} = 9,488$$

$$gl = 4$$



Fuente: tabla 09.



En la tabla y figura 09, se analizó los síntomas de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 60,32% presentaron 2 a 5 síntomas, el 23,81% presentaron 6 a más síntomas (flujo vaginal, dolor pélvico, dolor lumbar, dispareunia, citorragia, dificultad para miccionar, dificultad para evacuar, edema en MMII, sensación de cansancio, pérdida de peso), el 15,87% presento ginecorragia.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino ,el 19,05% presentaron 2 a 5 síntomas, el 19,05% presentaron 6 a más síntomas (flujo vaginal, dolor pélvico, dolor lumbar, dispareunia, citorragia, dificultad para miccionar, dificultad para evacuar, edema en MMII, sensación de cansancio, pérdida de peso); de las pacientes que se encuentran en estadio III el 33,33% presentaron 2 a 5 síntomas, el 7,94% presento ginecorragia, el 4,76% presentaron 6 a más síntomas (flujo vaginal, dolor pélvico, dolor lumbar, dispareunia, citorragia, dificultad para miccionar, dificultad para evacuar, edema en MMII, sensación de cansancio, pérdida de peso); de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% presentaron 2 a 5 síntomas, el 7,94% presento ginecorragia.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 23,953, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $GI = 4$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Ma et al. (12) han concluido que: El análisis mostró que las pacientes con carcinoma adenoescamoso tenían una menor edad promedio y mayor grado histológico comparado con aquellas con carcinoma de células escamosas. Existe un estudio poblacional en el Reino Unido con el NCI (2020) que corroboró que los casos de



carcinoma adenoescamoso tienen características clínicas, anatomopatológicas y pronósticas peculiares.

Adicionalmente, los nomogramas desarrollados demostraron adecuada consistencia interna y viabilidad para su implementación en la práctica clínica.



TABLA 10. PRUEBAS DE DETECCIÓN: PAP Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Pruebas de detección: PAP	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Normal	5	7.94	9	14.29	1	1.59	15	23.81
Celulas escamosas atípicas de significado incierto	3	4.76	0	0.00	2	3.17	5	7.94
Celulas escamosas atípicas	1	1.59	4	6.35	2	3.17	7	11.11
Lesión intraepitelial de bajo grado	1	1.59	2	3.17	3	4.76	6	9.52
Lesión intraepitelial de alto grado	0	0.00	2	3.17	4	6.35	6	9.52
Cáncer invasivo	0	0.00	12	19.05	12	19.05	24	38.10
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

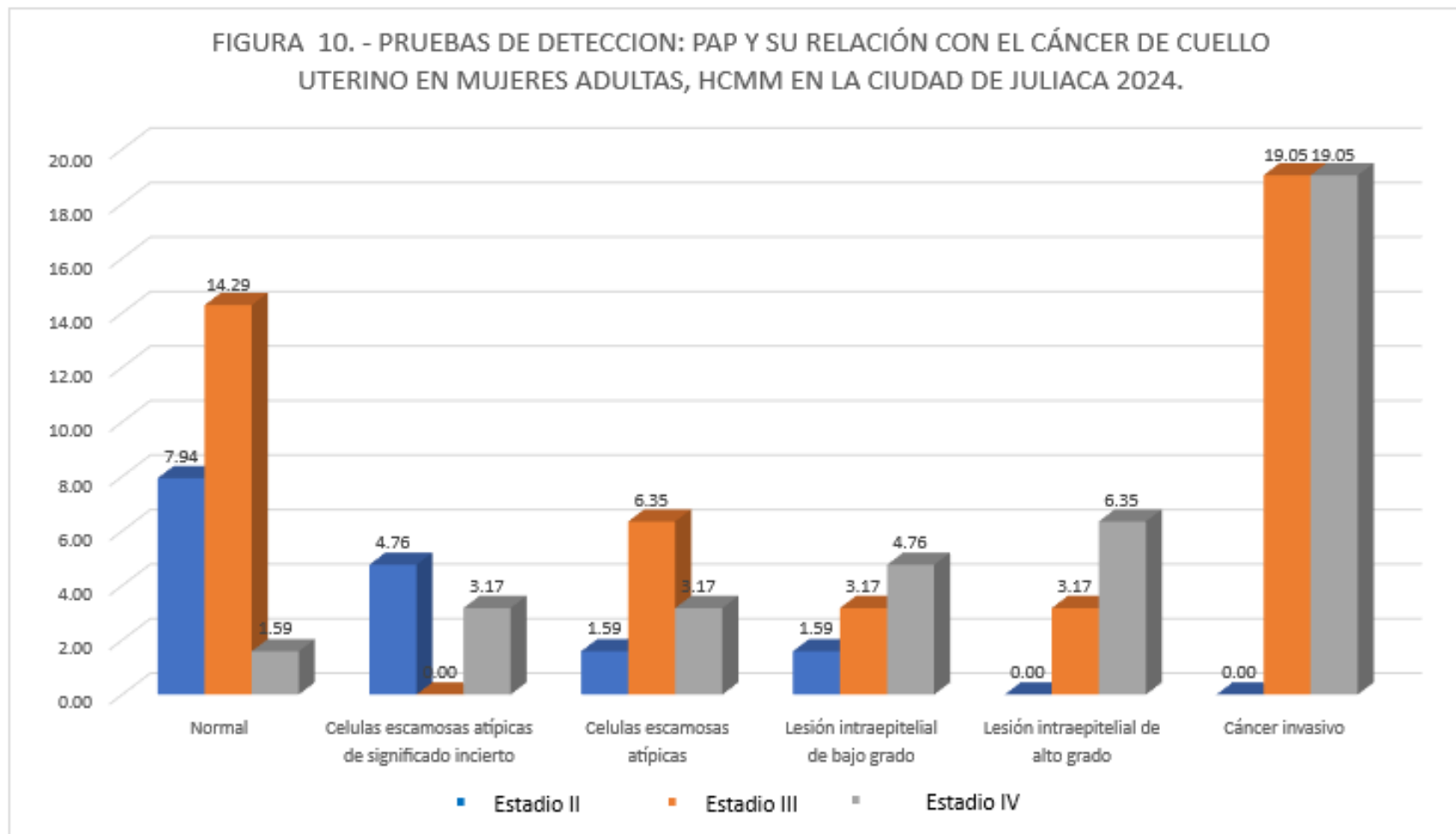
$X^2_{ca} = 23,880$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{ca} = 18,307$

$gl = 10$



Fuente: tabla 10.



La tabla y la figura 10 muestran los resultados de las pruebas de detección. Los resultados de la prueba de Papanicolaou en pacientes con cáncer de cuello uterino fueron los siguientes: el 38,10 % presentó cáncer invasivo; el 23,81 % tuvo resultados normales; el 11,11 % mostró células escamosas atípicas; el 9,52 % presentó lesiones intraepiteliales de bajo grado; y el 9,52 % presentó lesiones intraepiteliales de alto grado. El 7,94 % presentó células escamosas atípicas de significado incierto.

Las pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IV se descompusieron de la siguiente manera: el 19 % presentó un cáncer invasivo; el 6 % presentó lesiones intraepiteliales de alto grado; el 5 % presentó lesiones intraepiteliales de bajo grado; el 3 % presentó células escamosas atípicas de significado incierto; y el 3 % presentó células escamosas atípicas, el 1,59% presento una prueba normal; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 19,05% presento cáncer invasivo, el 14,29% presento una prueba normal, el 6,35% presento celulas escamosas atípicas ; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% presento una prueba normal, el 4,76% presento celulas escamosas atípicas de significado incierto, el 1,59% presento lesión intraepitelial de bajo grado.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 23,880, superior al X^2 tabulado de 18,307. A esto se suma un $GI = 10$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Cecilio, Cuyubamba (18) han concluido que: El estudio reveló que el 60,4% de las participantes iniciaron su vida sexual después de los 21 años. Dentro de este grupo, el 59,5% no presentó alteraciones cervicales, mientras que el 83,1% reportó haber



tenido un único compañero sexual. Se identificó candidiasis vaginal en el 42,7% de los casos, con infección cervical confirmada en el 2% de estos.

El 73,2% de las pacientes mostraron prácticas sexuales de bajo riesgo. El análisis estadístico demostró una asociación significativa ($p < 0,05$) entre los patrones de comportamiento sexual y los hallazgos citopatológicos, sugiriendo que las conductas sexuales influyen directamente en la salud cervical.



TABLA 11. VIH Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

VIH	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Positivo	0	0.00	0	0.00	2	3.17	2	3.17
Negativo	10	15.87	28	44.44	13	20.64	51	80.95
No realizado	0	0.00	1	1.59	9	14.29	10	15.88
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

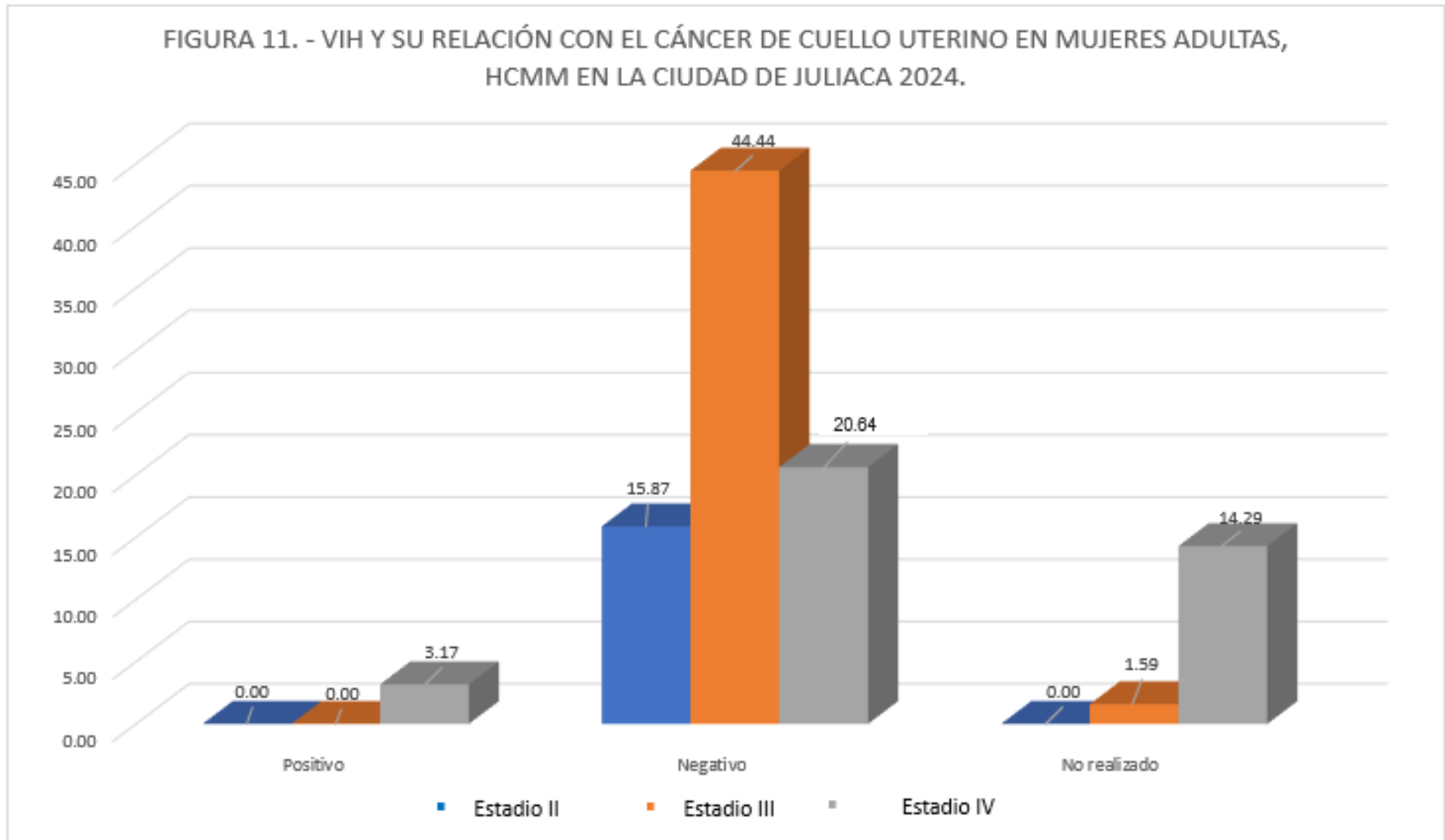
$X^2_{cal} = 18,177$

$ns = 0,001$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 9,488$

$g = 4$



Fuente: tabla 11.



En la tabla y figura 11, se analizó el VIH de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 80,95% presentó prueba negativa, el 15,87% no se realizó la prueba de VIH, el 3,17% presentó prueba positiva.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 20,63% presentó prueba negativa, el 14,29% no se realizó la prueba de VIH, el 3,17% presentó prueba positiva; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 44,44% presentó prueba negativa, el 1,59% no se realizó la prueba de VIH; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 15,87% presentó prueba negativa.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 18,177, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $GI = 4$ y $P = 0,001$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Yagi et al. (14) ha concluido que: El análisis evidenció una mejoría significativa en la tasa de supervivencia relativa a 10 años ($p < 0,01$), atribuible principalmente a la implementación de protocolos de quimiorradioterapia concurrente. Sin embargo, pese a este avance terapéutico, el estudio identificó limitaciones persistentes en el manejo de casos metastásicos, donde las estrategias actuales muestran eficacia subóptima.



TABLA 12. COLPOSCOPIA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Colposcopia	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	0	0.00	13	20.63	7	11.11	20	31.75
No	10	15.87	16	25.40	17	26.98	43	68.25
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

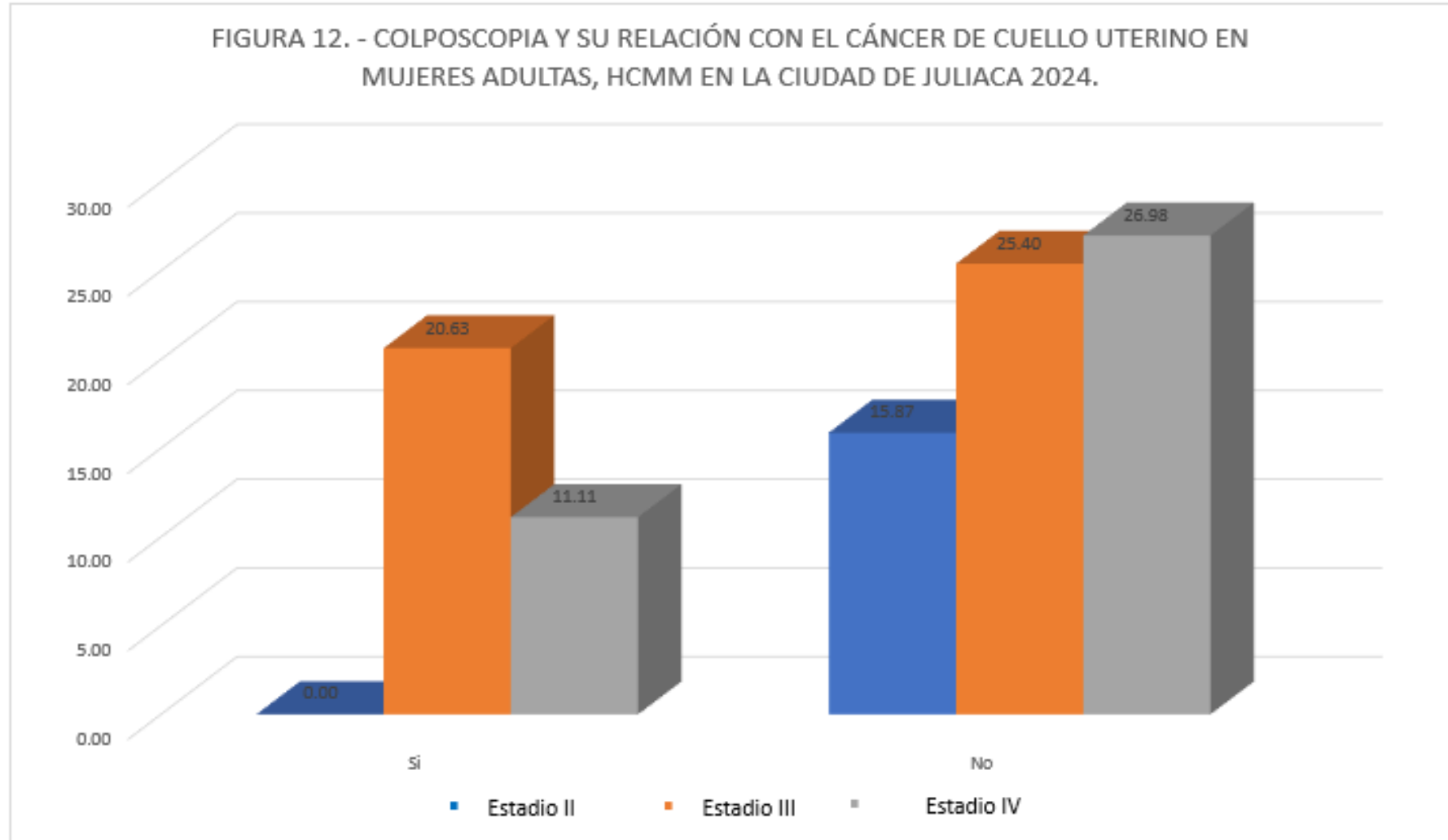
$X^2_{cal} = 7,015$

$ns = 0,030$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 5,991$

$gl = 2$



Fuente: tabla 12.



En la tabla y figura 12, se analizó la colposcopia de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 68,25% no se realizó colposcopia, el 31,75% si se realizó colposcopia.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 26,98% no se realizó colposcopia, el 11,11% si se realizó colposcopia; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 25,40% no se realizó colposcopia, el 20,63% si se realizó colposcopia; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 15,87% no se realizó colposcopia.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 7,015, superior al X^2 tabulado de 5,991. A esto se suma un $GI = 2$ y $P = 0,030$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Zhang et al. (15) ha concluido que: El cáncer cervicouterino presenta un patrón epidemiológico comparable al de las infecciones de transmisión sexual, donde los cambios en el comportamiento sexual emergen como factores de riesgo determinantes. La evidencia señala al tabaquismo y a la infección por VPH (especialmente los tipos 16 y 18) como elementos clave en su etiología multifactorial y progresiva. Cabe destacar que la incidencia de este cáncer ha disminuido considerablemente en regiones desarrolladas durante las últimas décadas. Estos avances sustentan la posibilidad de que el cáncer cervicouterino se convierta en la primera neoplasia erradicada mediante estrategias integrales de prevención, detección temprana y control.



TABLA 13. IMAGEN Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Imagen	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
ECO TV	10	15.87	22	34.92	10	15.87	42	66.67
TAC	0	0.00	4	6.35	7	11.11	11	17.46
RNM	0	0.00	3	4.76	7	11.11	10	15.87
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

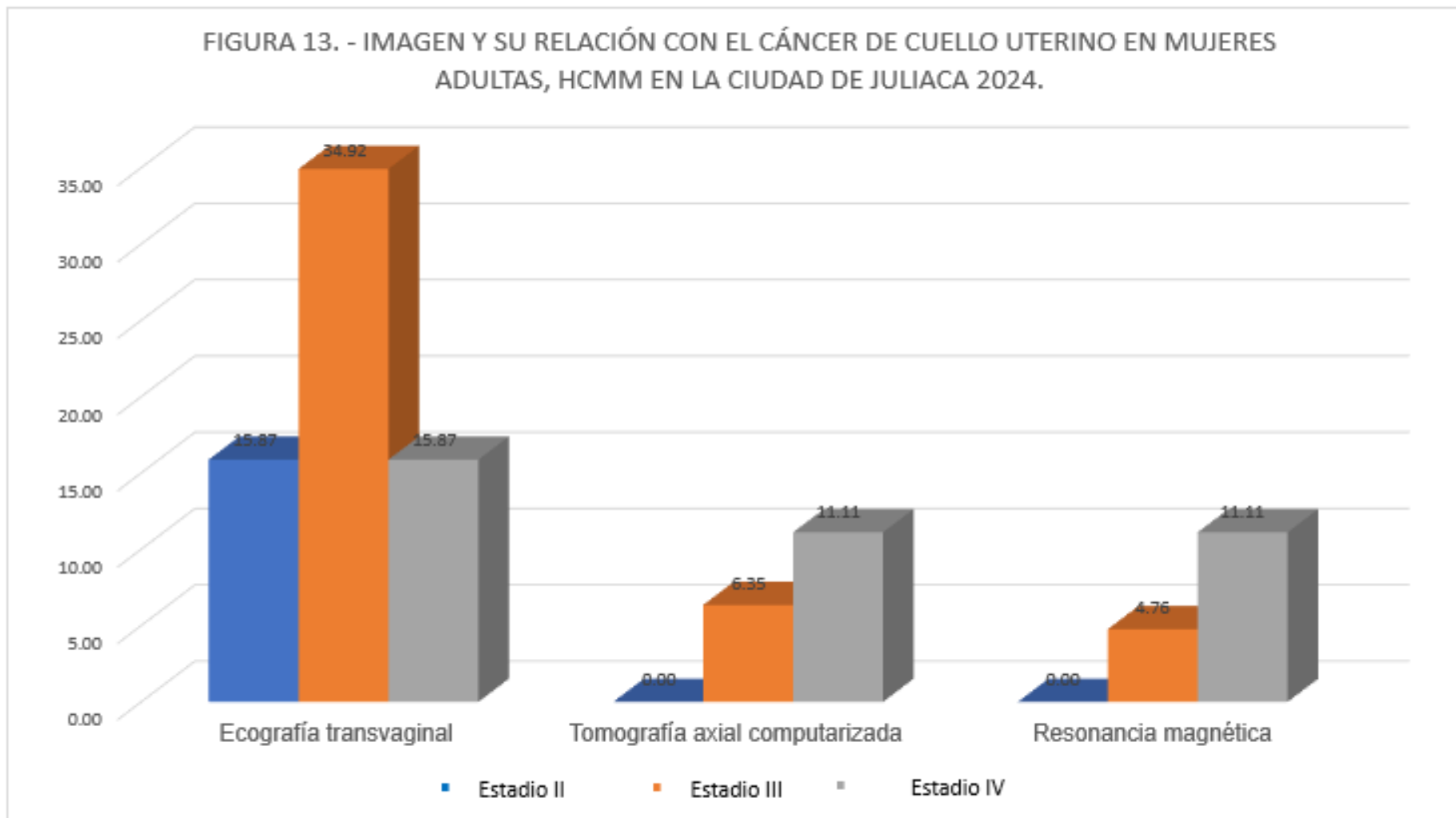
$X^2_{cal} = 12,955$

$ns = 0,011$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 13.



En la tabla y figura 13, se analizó la imagen de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 66,67% se realizó ecografía transvaginal, el 17,46% se realizó tomografía axial computarizada, el 15,87% se realizó resonancia magnética.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 15,87% se realizó ecografía transvaginal, el 11,11% se realizó tomografía axial computarizada, el 11,11% se realizó resonancia magnética; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 34,92% se realizó ecografía transvaginal, el 6,35% se realizó tomografía axial computarizada, el 4,76% se realizó resonancia magnética; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 15,87% se realizó ecografía transvaginal.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 12,955, superior al X^2 tabulado de 9,488. A esto se suma un $Gl = 4$ y $P = 0,011$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Matassini, Luna (20) ha concluido que: a investigación evidenció que la escasez de personal capacitado y las limitaciones en la infraestructura hospitalaria constituyen obstáculos fundamentales para la implementación efectiva de programas educativos y de promoción del cribado del cáncer de cuello uterino. Paralelamente, se identificó que la fragilidad de los sistemas de salud, combinada con el bajo nivel de conocimiento en la población y las demandas competitivas de responsabilidades laborales y domésticas entre las mujeres, contribuyen significativamente a la baja adherencia a las medidas preventivas. Estos hallazgos



subrayan la naturaleza multifactorial del problema, donde convergen tanto limitaciones estructurales del sistema sanitario como barreras socioculturales que dificultan el acceso oportuno a servicios de prevención.



TABLA 14. RESULTADO HISTOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Resultado histológico	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Normal	2	3.17	0	0.00	0	0.00	2	3.17
Displasia (leve, moderada, severa)	3	4.76	4	6.35	1	1.59	8	12.70
Carcinoma in situ	1	1.59	6	9.52	5	7.94	12	19.05
Carcinoma invasivo	4	6.35	19	30.16	18	28.57	41	65.08
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

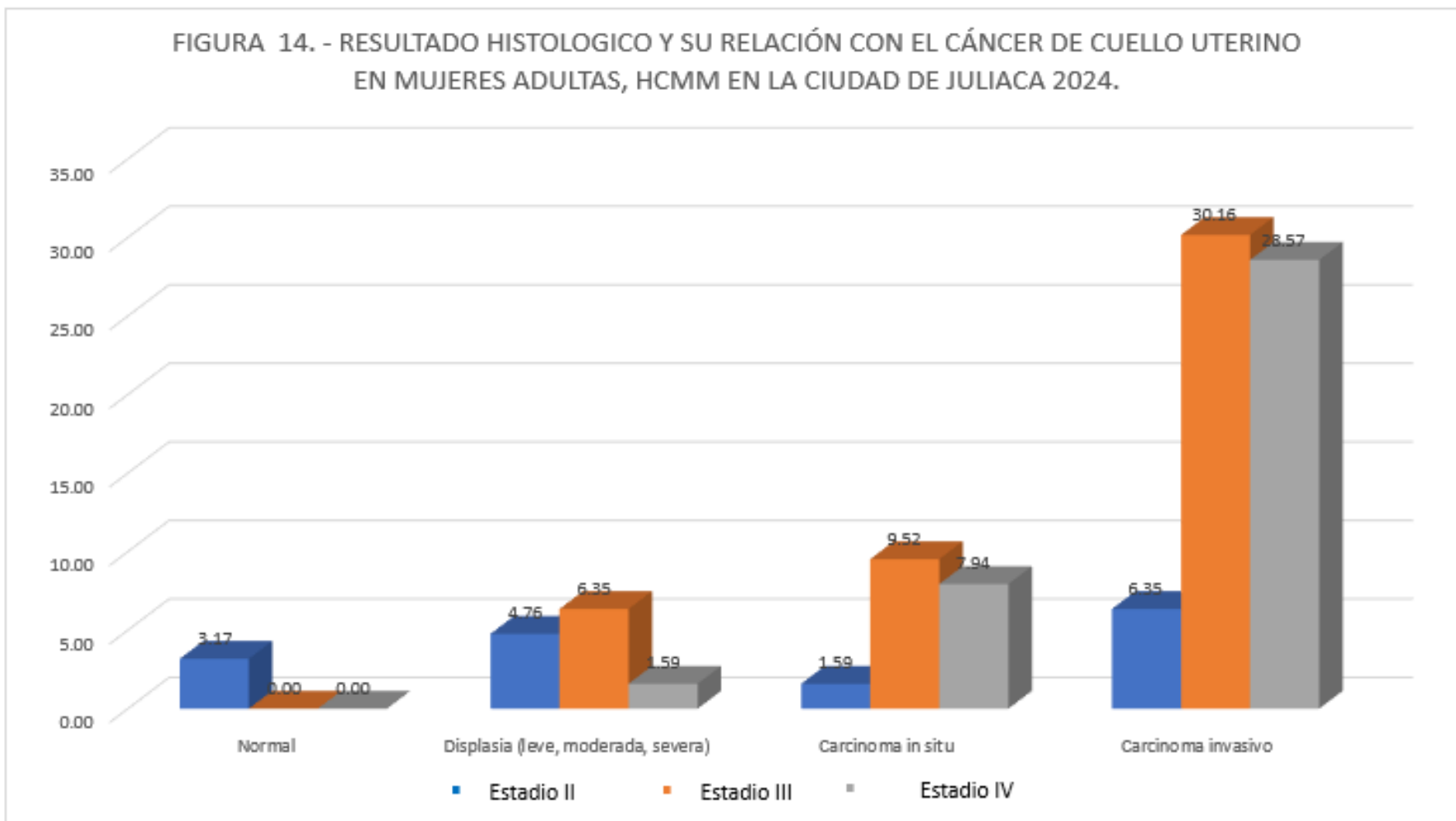
$X^2_{cal} = 16,202$

$ns = 0,013$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 12,592$

$gl = 6$



Fuente: tabla 14.



En la tabla y figura 14, se analizó el resultado histológico de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 65,08% presentó resultado de carcinoma invasivo, el 19,05% presentó resultado de carcinoma in situ, el 12,70% presentó resultado de displasia (leve, moderada, severa), el 3,17% presentó resultado normal.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 28,57% presentó resultado de carcinoma invasivo, el 7,94% presentó resultado de carcinoma in situ, el 1,59% presentó resultado de displasia (leve, moderada, severa); de las pacientes que se encuentran en estadio III el 30,16% presentó resultado de carcinoma invasivo, el 9,52% presentó resultado de carcinoma in situ, el 6,35% presentó resultado de displasia (leve, moderada, severa); de las pacientes que se encuentran en estadio II el 6,35% presentó resultado de carcinoma invasivo, el 4,76% presentó resultado de displasia (leve, moderada, severa), el 3,17% presentó resultado normal.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 16,202, superior al X^2 tabulado de 12,592. A esto se suma un $Gl = 6$ y $P = 0,013$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Mamani (22) ha concluido que: 50% de las pacientes enfrentan baja accesibilidad al sistema de salud, destacándose aquellas con baja integración social 43.3% y baja capacidad económica 40%, las mujeres con moderada accesibilidad están mayormente relacionadas con áreas de moderada integración social 43.3% y capacidad económica 46.7%.



TABLA 15. INMUNIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Inmunización	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ningún tipo de vacuna contra el PVH	5	7.94	24	38.10	23	36.51	52	82.54
No registra	5	7.94	5	7.94	1	1.59	11	17.46
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

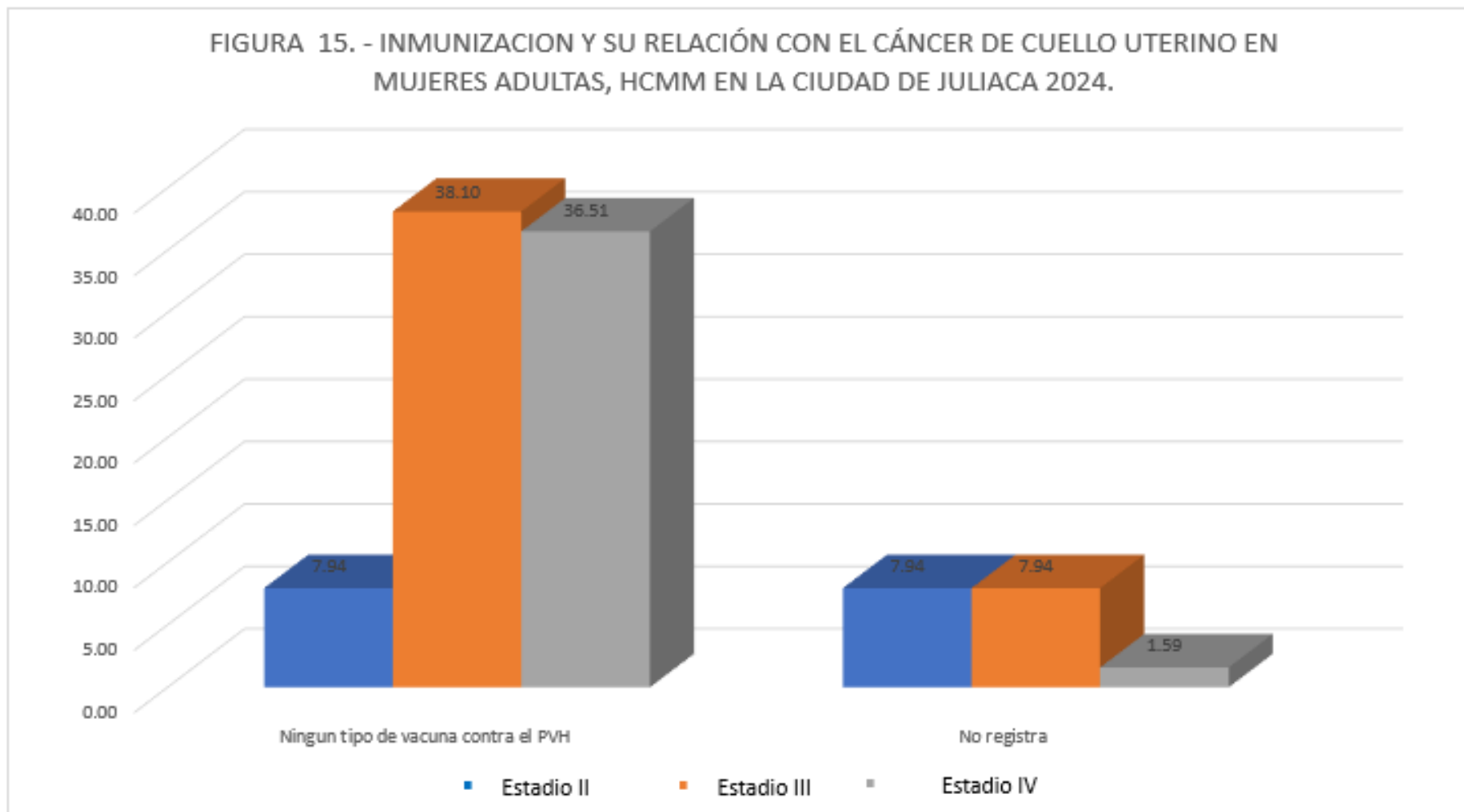
$X^2_{cal} = 10,291$

$ns = 0,006$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 5,991$

$gl = 2$



Fuente: tabla 15.



El tercer objetivo específico planteado en el estudio es: Relacionar las características preventivas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM.

En la tabla y figura 15, se analizó la inmunización de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 82,54% no tuvo ningún tipo de vacuna contra el PVH, el 17,46% no registro inmunización.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 36,51% no tuvo ningún tipo de vacuna contra el PVH, el 1,59% no registro inmunización; de las pacientes que se encuentran en estadio III, el 38,10% no tuvo ningún tipo de vacuna contra el PVH, el 7,94% no registro inmunización.; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 7,94% no tuvo ningún tipo de vacuna contra el PVH, el 7,94% no registro inmunización.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 10,291, superior al X^2 tabulado de 5,991. A esto se suma un $Gl = 2$ y $P = 0,006$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Arias (23) Ha concluido que: Los resultados evidenciaron una mejora significativa en los niveles de conocimiento tras la intervención. En la evaluación inicial (pre-test), se observó que el 75.61% de las adolescentes presentaban un conocimiento medio, 14.63% alto y 9.76% bajo. Posterior a la intervención (post-test), estos porcentajes se modificaron sustancialmente, alcanzando un 90.24% de conocimiento alto, 7.32% medio y apenas 2.44% bajo. Estos hallazgos demuestran la eficacia de la estrategia educativa implementada para incrementar el conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la población adolescente evaluada.



TABLA 16. HÁBITOS TÓXICOS Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Hábitos tóxicos	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguno	10	15.87	21	33.33	6	9.52	37	58.73
Fuma	0	0.00	7	11.11	6	9.52	13	20.63
Alcohol	0	0.00	1	1.59	5	7.94	6	9.53
No registra	0	0.00	0	0.00	7	11.11	7	11.11
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

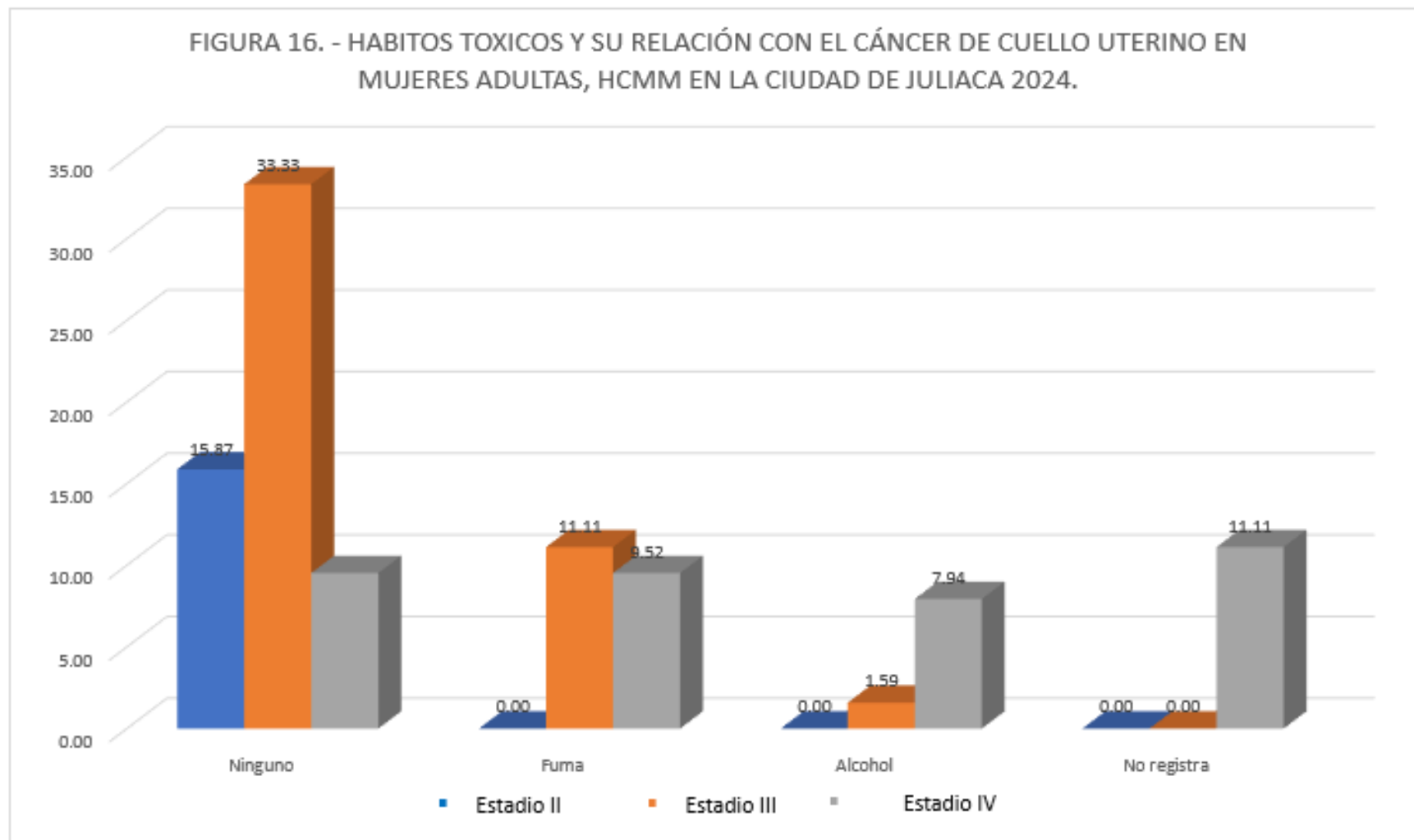
$X^2_{cal} = 27,606$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 12,592$

$g = 6$



Fuente: tabla 16.



En la tabla y figura 16, se analizó los hábitos tóxicos de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 58,73% no tuvo ningún hábito tóxico, el 20,63% refirió que fuma, el 11,11% no registro hábitos tóxicos, el 9,52% refirió que consume alcohol.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 11,11% no registro hábitos tóxicos, el 9,52% no tuvo ningún hábito tóxico, el 9,52% refirió que fuma; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 33,33% no tuvo ningún hábito tóxico, el 11,11% refirió que fuma, el 1,59% refirió que consume alcohol; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 15,87% no tuvo ningún hábito tóxico.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 27,606, superior al X^2 tabulado de 12,592. A esto se suma un $Gl = 2$ y $P = 0,006$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Condori (24) El 57,1 % de las mujeres conocía el tema, nada fuera de lo común. Al 45,2 % no parecía importarle mucho. Se observó una clara relación entre lo que las mujeres sabían y su opinión sobre el cáncer de cuello uterino en el área de planificación familiar de un Centro de Salud I-3 de Vallecito.



TABLA 17. USO DE HORMONAS Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Uso de hormonas	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
No utilizo	6	9.52	15	23.81	5	7.94	26	41.27
Si utilizo	4	6.35	14	22.22	19	30.16	37	58.73
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

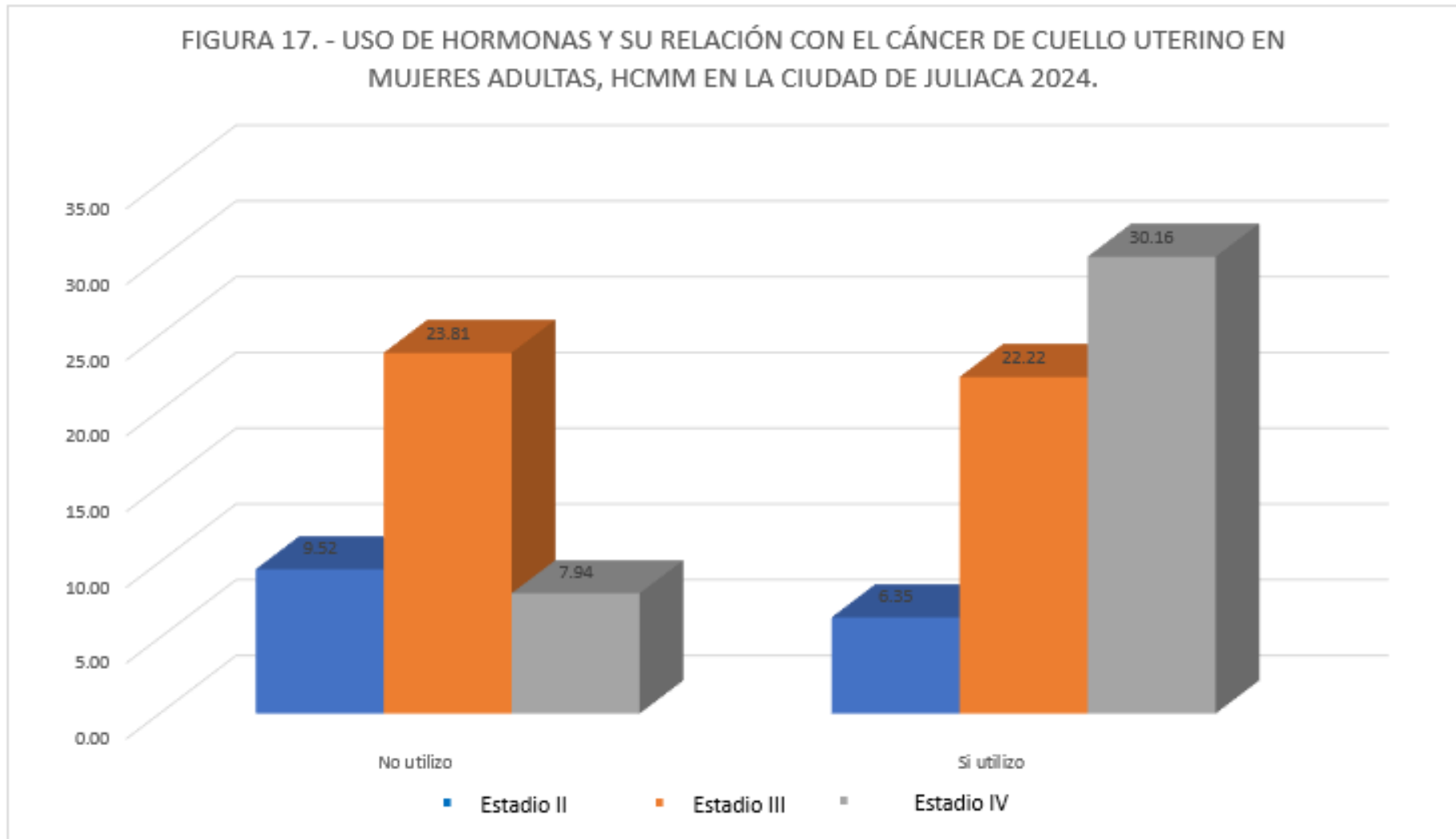
$X^2_{cal} = 6,891$

$ns = 0,032$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 5,991$

$gl = 2$



Fuente: tabla 17.



En la tabla y figura 17, se analizó el uso de hormonas de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 58,73% si utilizo hormonas, el 41,27% no utilizo hormonas.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 30,16% si utilizo hormonas, el 7,94% no utilizo hormonas; de las pacientes que se encuentran en estadio III el 23,81% no utilizo hormonas, el 22,22% si utilizo hormonas; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 9,52% no utilizo hormonas, el 6,35% si utilizo hormonas.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 6,891, superior al X^2 tabulado de 5,991. A esto se suma un $Gl = 2$ y $P = 0,032$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Graus (19) ha concluido que: El estudio reportó una prevalencia del 2,92% de alteraciones citológicas, con predominio de lesiones premalignas durante el periodo 2021-2022. Los principales factores de riesgo identificados fueron: inicio de actividad sexual entre los 16-18 años, antecedente de múltiples parejas sexuales, ausencia de tamizajes previos, multiparidad (≥ 3 hijos), edad entre 44-48 años y condición de ama de casa. El análisis citológico mostró una mayor frecuencia de H-SIL (36,3%), seguido por L-SIL (34,3%) y ASC-H (13,7%). Los hallazgos histopatológicos revelaron L-SIL en 28,9% de casos, H-SIL en 21,7%, carcinoma in situ en 18,1%, carcinoma invasor en 9,6%, mientras que 21,7% correspondió a procesos inflamatorios o ausencia de lesiones. Estos resultados demuestran la correlación entre los factores de riesgo identificados y la presencia de lesiones cervicales de distinto grado.



TABLA 18. EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Edad de inicio de actividad sexual	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor a 16 años	2	3.17	26	41.27	24	38.10	52	82.54
Mayor a 16 años	8	12.70	3	4.76	0	0.00	11	17.46
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

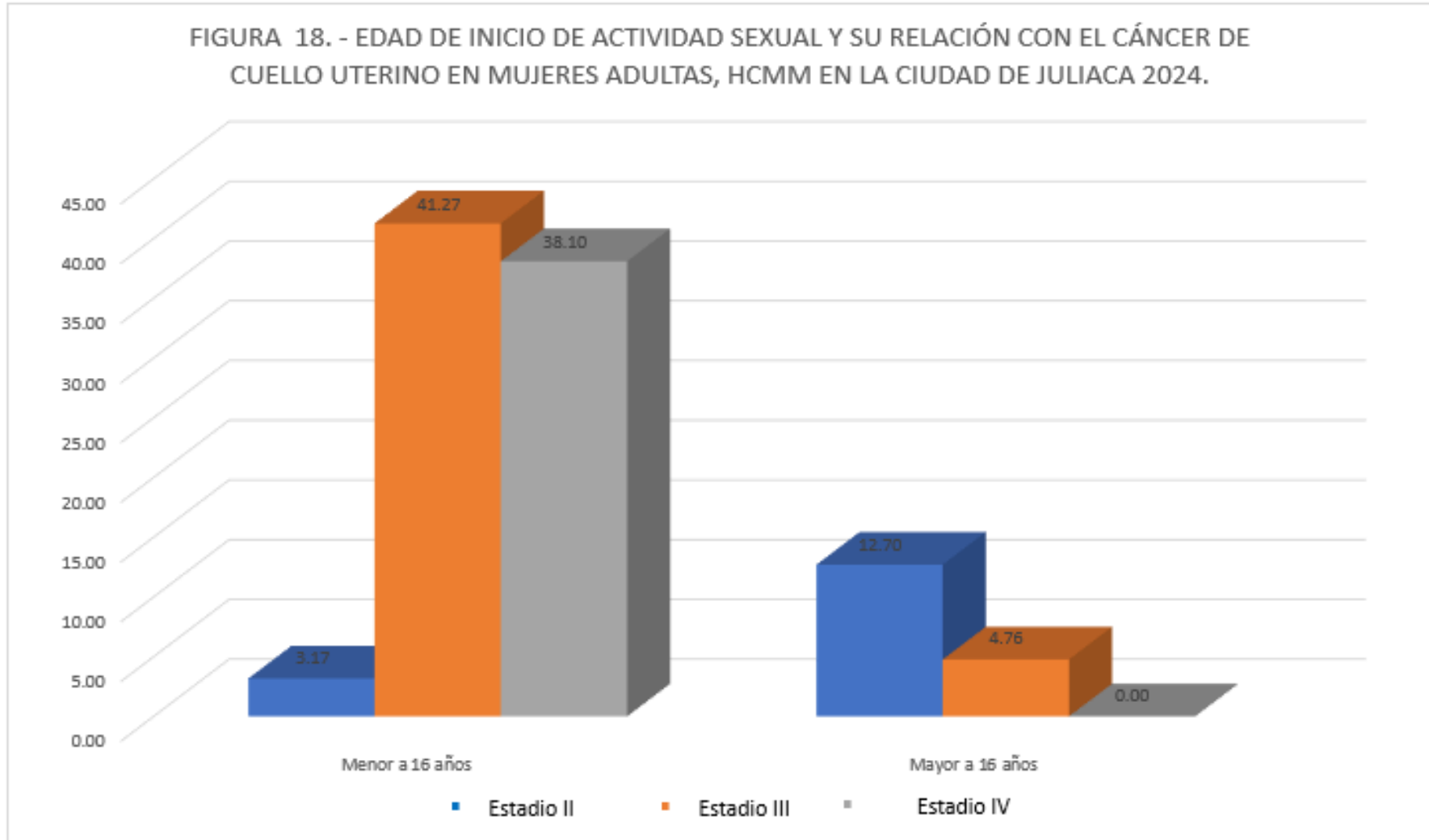
$X^2_{cal} = 33,235$

$ns = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{cal} = 5,991$

$gl = 2$



Fuente: tabla 18.



En la tabla y figura 18, se analizó la edad de inicio de actividad sexual de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 82,54% refirió inicio de actividad sexual menor a 16 años, el 17,46% refirió inicio de actividad sexual mayor a 16 años.

Entre las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en estadio IV, el 38,10 % comenzó a tener relaciones sexuales antes de los 16 años. En el caso de las pacientes en estadio III, el 41,27 % tuvo relaciones sexuales antes de los 16 años y el 4,76 % después. En el estadio II, el 12,70 % inició la actividad sexual antes de los 16 años, mientras que el 3,17 % tuvo relaciones sexuales después. Es interesante observar cómo estas cifras varían ligeramente entre los estadios. El historial de actividad sexual de algunas pacientes parece correlacionarse con la progresión del cáncer.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 33,235, superior al X^2 tabulado de 5,991. A esto se suma un $GI = 2$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

Cuyubamba (18) han concluido que: El estudio reveló que el 60.4% de las participantes iniciaron su vida sexual después de los 21 años. De este grupo, el 59.5% no presentó alteraciones cervicales, mientras que el 83.1% reportó un único compañero sexual. Se identificó candidiasis vaginal en el 42.7% de los casos, con afectación cervical confirmada en el 2% de estos. Cabe destacar que el 73.2% de las pacientes mostraron prácticas sexuales de bajo riesgo. Estos resultados sugieren una posible asociación entre el inicio tardío de la actividad sexual, la monogamia y la menor prevalencia de patología cervical.



TABLA 19. ACTIVIDAD SEXUAL Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Actividad sexual	Estadios del cáncer de cuello uterino						Total	
	Estadio II		Estadio III		Estadio IV		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Con una sola pareja	1	1.59	14	22.22	21	33.33	36	57.14
Promiscuidad	9	14.29	15	23.81	3	4.76	27	42.86
Total:	10	15.87	29	46.03	24	38.10	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

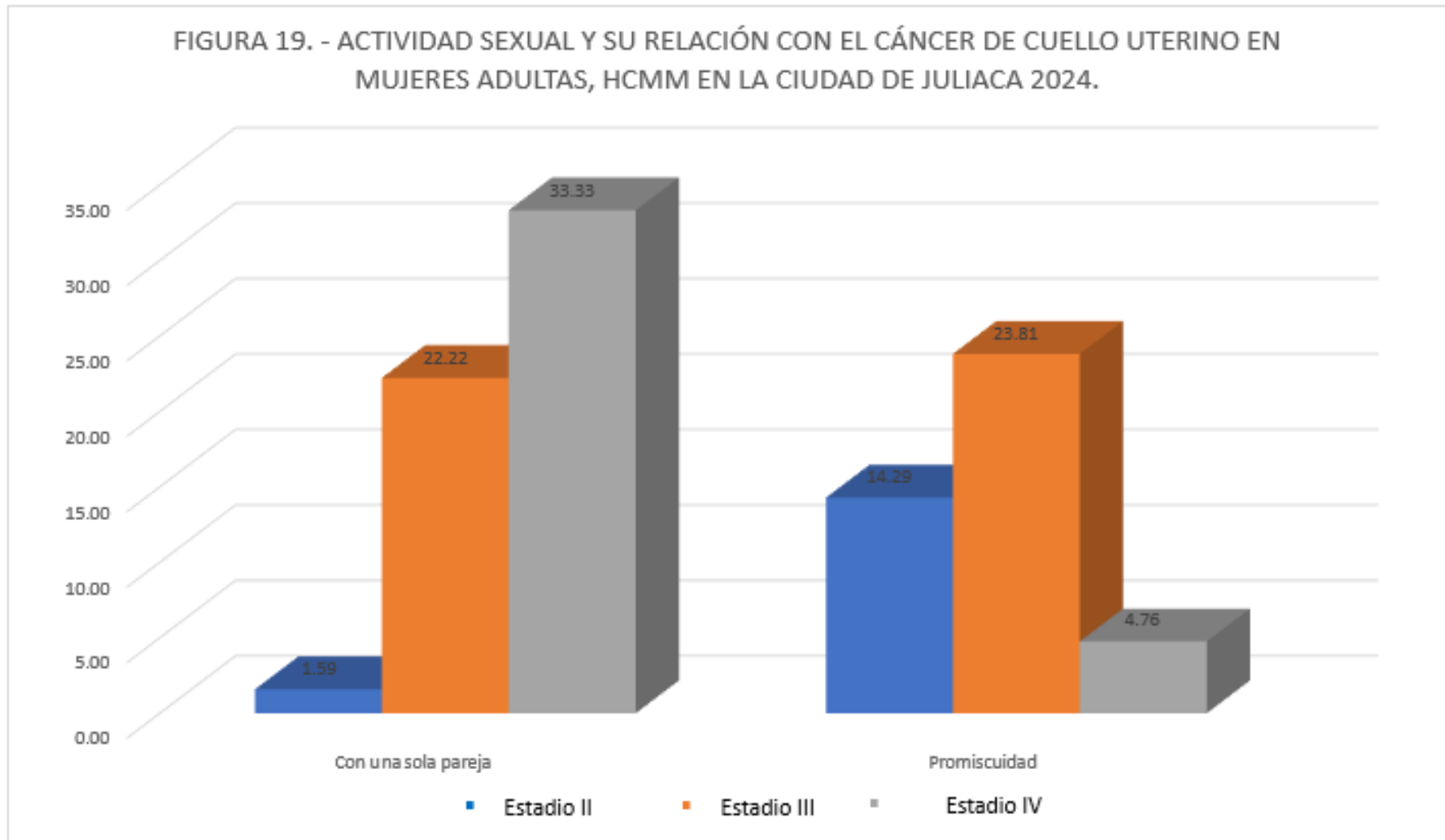
$$X^2_{cal} = 19,037$$

$$ns = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{cal} = 5,991$$

$$g = 2$$



Fuente: tabla 19.



En la tabla y figura 19, se analizó la actividad sexual de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino, donde se observó que el 57,14% tenía actividad sexual con una sola pareja, el 42,86% tenía promiscuidad.

De las pacientes que se encuentran en estadio IV del cáncer de cuello uterino, el 33,33% tenía actividad sexual con una sola pareja, el 4,76% tenía promiscuidad; de las pacientes que se encuentran en estadio III 42,86% tenía promiscuidad, el 22,22% tenía actividad sexual con una sola pareja; de las pacientes que se encuentran en estadio II el 14,29% tenía promiscuidad, el 1,59% tenía actividad sexual con una sola pareja.

Abordamos el cruce estadístico mediante el χ^2 , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ($p < 0,05$), con un X^2 calculado de 19,037, superior al X^2 tabulado de 5,991. A esto se suma un $GI = 2$ y $P = 0,000$ demuestra que un indicador es claramente importante.

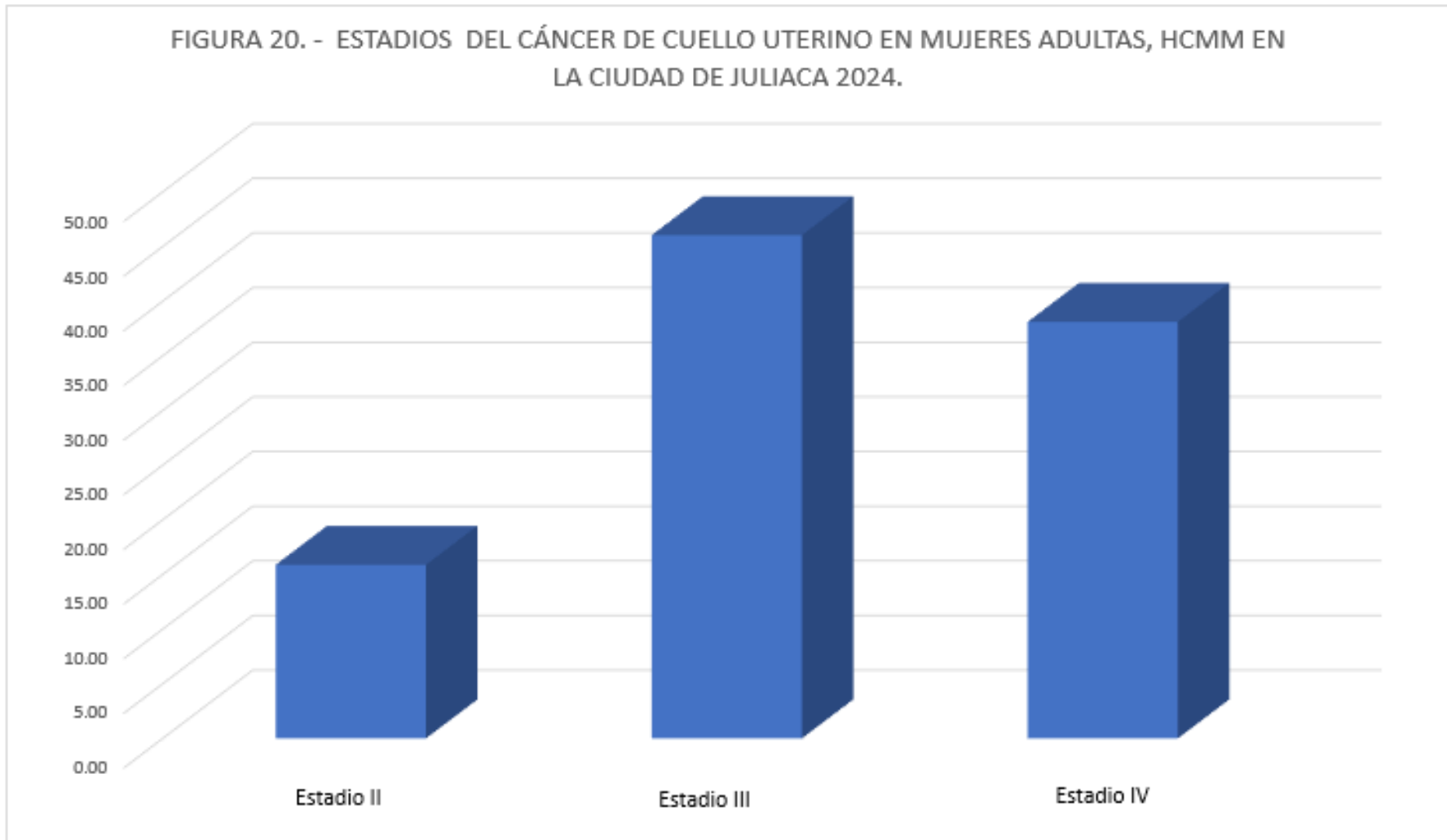
Cecilio, Cuyubamba (18) han concluido que: El análisis mostró que el 60.4% de las mujeres iniciaron su actividad sexual después de los 21 años, con un 59.5% de este grupo sin patología cervical detectable. La mayoría (83.1%) reportó haber tenido una sola pareja sexual. Se observó candidiasis vaginal en el 42.7% de los casos, con compromiso cervical en solo el 2% de estas pacientes. Destaca que el 73.2% del total de participantes presentó conductas sexuales clasificadas como de bajo riesgo.



TABLA 20. ESTADIOS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2024.

Estadios del cáncer de cuello uterino	<i>fi</i>	%
Estadio II	10	15.87
Estadio III	29	46.03
Estadio IV	24	38.10
Total:	63	100.00

Fuente: Formulario de recogida del instrumento



Fuente: tabla 20.



El cuarto objetivo específico planteado en el estudio es: Describir el estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM.

En la tabla y figura 20, se analizó los estadios del cáncer de cuello uterino de las pacientes que presentan esta enfermedad, donde se observó que el 46,03% presento cáncer en estadio III el 38,10% presento cáncer en estadio IV, el 15,87% presento cáncer en estadio II.

Egoavil (21) ha concluido que: El estudio reveló que el 61.6% de las participantes iniciaron su vida sexual antes de los 17 años, con un 96% que reportó múltiples parejas sexuales. Respecto a los antecedentes obstétricos, el 50.8% tuvo su primer parto antes de los 22 años y el 58.6% presentó historia de abortos. En cuanto a infecciones, solo el 1.7% reportó antecedentes de VPH como ITS.

Mamani (22) ha concluido que: 50% de las pacientes enfrentan baja accesibilidad al sistema de salud, destacándose aquellas con baja integración social 43.3% y baja capacidad económica 40%, las mujeres con moderada accesibilidad están mayormente relacionadas con áreas de moderada integración social 43.3% y capacidad económica 46.7%;



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se analizó la manifestación del cáncer de cuello uterino en mujeres adultas en el Hospital HCMM de Juliaca en 2024. Se revisaron aspectos sociales, clínicos y medidas de prevención. Todas estas variables resultaron ser vitales ($p < 0,05$). Por lo tanto, la hipótesis se mantiene.

SEGUNDA: Se describió alrededor del 52,38 por ciento, se encuentra en el rango de edad de 30 a 59 años ($ns = 0,000$). ¿Estado civil? Alrededor del 39,68 por ciento dice estar en una unión libre ($ns = 0,000$). Si observa la educación, aproximadamente el 33,33 por ciento tiene un título técnico superior ($ns = 0,000$). ¿Trabajos? Casi el 58,73 por ciento trabaja por cuenta propia ($ns = 0,000$). Las estadísticas de embarazo también sobresalen, con un 41,27 por ciento que tiene tres o más hijos ($ns = 0,000$). ¿Parejas sexuales? El 65,08 por ciento cuenta con tres o más ($ns = 0,000$). Todos estos números importan, cada variable alcanza $p < 0,05$, así que vamos con la hipótesis.

TERCERA: Se analizó las características clínicas que tienen relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM son: un 47,62% ningún antecedente de cáncer de cuello uterino ($ns=0,000$), un 39,68% tiene la enfermedad más de 3 años ($ns=0,000$), un 60,32% tiene 2 a 5 síntomas ($ns=0,000$), un 38,10% tiene resultado de Ca invasivo ($ns=0,000$), un 80,95% prueba de VIH negativa ($ns=0,000$), un un 68,25% no se realiza colposcopia ($ns=0,000$), un 66,67% se



realiza imágenes de ECO TV (ns=0,000), un 65,08% en resultado histológico presenta carcinoma invasivo (ns=0,000), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

CUARTA: Se relacionó las características preventivas que tienen relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM: el 82,54% no presentó ningún tipo de vacuna contra el PVH (ns=0,006), un 58,73% no refiere ningún hábito tóxico (ns=0,000), un 58,73% si utiliza hormonas (ns=0,032), un 82,54% refiere actividad sexual menor a 16 años (ns=0,000), un 42,86% promiscuidad en su actividad sexual (ns=0,000), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

QUINTA: Se describió que el estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM es el cáncer en estadio III que representa el 46.03%.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al director del HCMM deberá de coordinar intervenciones en la población para reducir mediante campañas de educación para detectar tempranamente los factores de riesgo, observar cómo se manifiesta el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, controlar tanto los signos clínicos como los preventivos y actuar de forma dinámica cuando se detecta el problema.
- SEGUNDA:** Al jefe del departamento de gineco obstétrica del HCMM, deberán de intensificar campañas de tamizaje con el objetivo de identificar las mujeres que podrían desarrollar cáncer de cuello uterino deben tener cuidado con factores como la edad, el matrimonio o la soltería, la educación, el embarazo, la actividad sexual y otros factores que pueden aumentar el riesgo.
- TERCERA:** Al jefe del servicio de ginecología del HCMM deberán de coordinar acciones de intervención con el área de ginecología para identificar ciertas características clínicas que tienen relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, la historia del cáncer de cuello uterino, los síntomas, las pruebas de colposcopia, además de establecer pasos claros para prevenir, detectar y controlar de manera temprana el cáncer de cuello uterino ayudan a reducir las enfermedades, las muertes y los problemas relacionados con esta enfermedad.



CUARTA: Los especialistas en ginecología del HCMM deben colaborar con otras personas que trabajan en el ámbito de la salud en la comunidad. Se trata de difundir información entre las personas con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino no solo genera problemas médicos, sino que es un verdadero problema de salud pública. Además, existe un problema aún mayor. El sistema de salud falla al detectar la mayoría de los casos demasiado tarde. Es comprensible que las mujeres tengan miedo, ya que muchas mueren a causa de este cáncer.

QUINTA: A las obstetras del HCMM deberán coordinar acciones de educación mediante la estrategia de promoción de la salud para intervenir en las instituciones educativas desde el nivel de educación secundaria con campañas educativas, para las mujeres adultas, es útil realizar pruebas de detección temprana, que previenen aproximadamente el 40 % del cáncer de cuello uterino antes de que realmente se manifieste. Es mejor centrarse en las pruebas tempranas, como las de lesiones premalignas, y buscar maneras creativas de detectar problemas antes de que empeoren.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) Cáncer de cuello uterino, incluyendo la Estrategia Mundial para su eliminación. Ginebra; 2023.
2. Organización panamericana para la salud (OPS). Estrategias para el afrontamiento del cáncer de cuello uterino. Ginebra; 2023.
3. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas (INEN). Cáncer de cuello uterino en el Perú. Lima; Perú; 2023.
4. Ministerio de salud Minsa. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Reunis) del Minsa. Nivel de cobertura en la segunda dosis contra el VPH. Lima, Perú; 2023.
5. Ministerio de salud. Dirección Regional de salud Puno DIRESA. Cáncer de cuello uterino en el segundo periodo. Puno; 2023.
6. Zhang L, Yu K, Zhu B, Mei S, Huo J, Zhao Z. Tendencias en la investigación relacionada con las vacunas y la prevención del cáncer de 1992 a 2022: un análisis bibliométrico de 30 años. Hum Vaccin Immunother. 2023.
7. Khumalo PG, Carey M, Mackenzie L, Ampofo AG, Sanson-Fisher R. Tendencias en la investigación de detección del cáncer de cuello uterino en el África subsahariana: un análisis bibliométrico de publicaciones de 2001 a 2020. J Cáncer Policy. 2022.
8. Brüggmann D, Quinkert-Schmolke K, Jaque JM, Quarcoo D, Bohlmann MK, Klingelhöfer D, Groneberg DA. Investigación mundial sobre el cáncer de cuello uterino: una densidad cuantitativa que iguala el mapeo y el análisis socioeconómico. PLoS One. China, Japón, EEUU; 2022.
9. Zhao Z, Tang X, Mu X, Zhao H. Análisis bibliométrico de los 100 artículos más citados sobre radioterapia del cáncer de cuello uterino. Medicine (Baltimore). EEUU; 2022.
10. Tang X, Zhao Z, Zhao H, Mao Z. Los 100 artículos más citados sobre braquiterapia del cáncer de cuello uterino. Brachytherapy. 2022.



11. Mantilla-Parada G. Análisis bibliométrico de VPH y factores sociodemográficos asociados a cáncer de cuello uterino. Covalente. 2022.
12. Ma Y, Zhao A, Zhang J, Wang S, Zhang J. Análisis de las características clínicas y el pronóstico del carcinoma adenoescamoso de cuello uterino: un gran estudio de base poblacional. Reino Unido; 2021.
13. Muñoz J. P. Rol de EGFR en la actividad del promotor P97 de HPV-16 en líneas celulares de cáncer de cuello uterino expuestas a condensado de humo de cigarrillo. Chile; 2020.
14. Yagi A, et al. Análisis epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino utilizando datos del registro de cáncer de base poblacional de Osaka, Japón; 2020.
15. Zhang S, Xu H, Zhang L, Qiao Y. Cáncer cervicouterino: epidemiología, factores de riesgo y cribado; China; 2020.
16. Reyna D. Y. Características clínicas y epidemiológicas del cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Regional docente de Cajamarca 2021 – 2022.
17. Díaz M. A. Tendencia de publicaciones científicas sobre cáncer de cuello uterino en Latinoamérica, Iquitos; 2024.
18. Cecilio M., Cuyubamba J. Citología cervical y perfil sexual de pacientes del programa de cáncer de cuello uterino del Centro de Salud Perú Corea. Huánuco; 2022.
19. Graus H. Epidemiología de lesiones premalignas y malignas de cérvix, Liga Peruana de lucha contra el cáncer Filial Cajamarca; 2021.
20. Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. Acta Médica Perú; 2020.



21. Egoavil R. P. Factores de riesgo de cáncer de cuello uterino y diagnóstico citológico cervical en mujeres en etapa adulta que acudieron al Centro de Salud Mi Perú, Callao; 2020.
22. Mamani Y. K. Factores de accesibilidad al sistema de salud y su relación con el cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Carlos Cornejo. Azángaro; 2023.
23. Arias E. L. Intervención educativa en el nivel de conocimiento del cáncer de cuello uterino en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Nuestra Señora del Carmen, Ilave; 2023.
24. Condori E. R. Conocimiento y actitud sobre el cáncer del cuello uterino en mujeres atendidas en el área de planificación familiar del centro de salud I-3 Vallecito Puno, 2023.
25. Diaz M. J. Eficacia del método rápido y económico de tinción papanicolaou con ácido acético como alternativa al papanicolaou convencional en diagnóstico de cáncer de cuello uterino, en centro de salud José Antonio Encinas, Puno; 2022.
26. Goyzueta E. M. Factores asociados al conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en las madres de la Institución Educativa N.º 70561 – Juliaca; 2022.
27. Ticona G. M. Efectividad de la consejería de enfermería en el conocimiento sobre cáncer de mama en mujeres de 20 a 60 años del consultorio de oncología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2020.
28. Organización Mundial de la Salud OMS. Cáncer del cuello uterino. Ginebra; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>



29. Instituto nacional de estadística e informática. Situación social de las personas estado civil. Perú, Lima; 2023.
30. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer en la población femenina. Ginebra; 2023.
31. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de cuello uterino. Lima; 2022. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuellouterino>
32. Organización Mundial de la Salud. Cáncer cervicouterino. Ginebra; 2023.
33. Rivas A. Perú reporta aumento de casos de cáncer de cuello uterino. Noticias - Colegio médico del Perú; 2022
34. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Cáncer de cuello uterino. 2020.
35. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cáncer de cuello uterino: actualización 2021. Informe de Cáncer FIGO 2021. Int J Gynecol Obstet. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13865>
36. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino. Ginebra; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancercervicouterino>
37. Yagi A, et al. Análisis epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino utilizando datos del registro de cáncer de base poblacional de Osaka. Cancer Res. 2020. Disponible en: <https://aacrjournals.org/cancerres/article/79/6/1252/640466/Epidemiologic-andClinical-Analysis-of-Cervical>
38. Buskwofie A, David-West G, Clare CA. Una revisión del cáncer de cuello uterino: incidencia y disparidades. J Natl Med Assoc. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32278478/>



39. Amengual J, Montaña J, Franch P, Ramos M. Supervivencia por estadio del cáncer de cérvix y factores recogidos por el Registro de Cáncer de Mallorca España. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31270020/>
40. Cecilio M, Cuyubamba J. Citología cervical y perfil sexual de pacientes del programa de cáncer de cuello uterino del Centro de Salud Perú Corea. Huánuco, 2022. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/7999>
41. Tokumoto F, et al. Factores que favorecen el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años: Subanálisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, Perú. Medicina Clínica y Social. 2023. Disponible en: <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/268>
42. Sociedad Americana Contra el Cáncer. VPH (Virus del Papiloma Humano). 2020. Disponible en: <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/infectious-agents/hpv/hpv-and-hpvtesting.html>
43. Polo del conocimiento. Infección por el virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino. 2022. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4108>
44. Vargas V, Acosta G, Vargas V, Moreno M, Rodríguez A. Imagenología en la estadificación y recurrencia del cáncer cervicouterino. 2024. Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-imagenologia-estadificacionrecurrencia-del-cancer-X1665920114582034>
45. Gadkari R, Ravi, Bhatia JK. Cánceres de cuello uterino: variedades y terminología escamosa anogenital inferior. CytoJournal. 2022. Disponible en: <https://cytojournal.com/cervical-cancers-varietiesand-the-lower-anogenital-squamous-terminology/>



46. Frumovitz M. Cáncer de cuello uterino invasivo: epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y diagnóstico. 2024.
47. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud 2022 - Hospital Regional Docente de Cajamarca. Vigilancia de cáncer. 2023. Disponible en: <https://www.hrc.gob.pe/portal/mn/177>
48. Organización Mundial de la Salud OMS. Cervical cáncer 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cervical-cancer>.
49. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos Epidemiológicos 2023. Disponible en <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-degestion-produccion-hospitalaria/>
50. Ministerios de Salud/Perú. Situación del cáncer en el Perú, 2023. Lima-Perú; 2023. Disponible en <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
51. Instituto Nacional de Salud. Investigación en salud. 2023. Disponible en <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-deinvestigacion>
52. Willy R. M. Nathali, G. R. Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5158.pdf>
53. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la investigación. México; 2017.



ANEXOS

12



ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

cancer de cuello uterino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Numérico	8	0	edad	{1, 18 a 29 años}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	civil	Numérico	8	0	estado civil	{1, casada}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	instruccion	Numérico	8	0	instruccion	{1, primaria}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	ocupacion	Numérico	8	0	ocupacion	{1, independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	embarazos	Numérico	8	0	embarazos	{1, primero}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	parejas	Numérico	8	0	parejas sexuales	{1, uno}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	antecedentes	Numérico	8	0	antecedentes	{1, ninguno}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	enfermedad	Numérico	8	0	tiempo de enfermedad	{1, menor a un año}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	sintomas	Numérico	8	0	sintomas	{1, ginecorragia}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	pruebasPAP	Numérico	8	0	pruebas PAP	{1, normal}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11	VIH	Numérico	8	0	VIH	{1, positivo}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
12	Colposcopia	Numérico	8	0	Colposcopia	{1, si}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
13	imagen	Numérico	8	0	imagen	{1, ECO TV}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
14	histologico	Numérico	8	0	resultado histologico	{1, Normal}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
15	inmunizacio...	Numérico	8	0	inmunizaciones	{1, ningun tipo de vacuna}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
16	toxicos	Numérico	8	0	habitos toxicos	{1, ninguno}...	Ninguno	8	Centro	Escala	Entrada
17	hormonas	Numérico	8	0	uso de hormonas	{1, no utilizo}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
18	inicio	Numérico	8	0	inicio actividad sexual	{1, menor a 16 años}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
19	actividad	Numérico	8	0	actividad sexual	{1, una sola pareja}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
20	estadios	Numérico	8	1	estadios	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
21											



*cancer de cuello uterino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

19 : enfermedad 2 Visible: 20

	edad	civil	instrucción	ocupación	embarazos	parejas	antecedentes	enfermedad	sintomas	pruebasPAP	VIH	Colposcopia	imagen	histológico	inmunizaciones	toxicos	hormonas	inicio	actividad	estadios
1	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
2	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2
3	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
4	1	3	4	4	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2
5	2	3	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	4	1	1	2	1	2	2
6	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2
7	1	4	3	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
8	1	4	2	4	2	2	2	1	2	3	2	2	1	4	1	1	1	2	2	2
9	2	2	3	4	2	2	2	2	2	4	2	2	1	4	2	1	2	1	2	2
10	2	3	3	4	2	3	1	1	1	1	2	2	1	4	2	1	1	2	2	2
11	2	3	3	4	2	3	1	2	2	3	2	1	1	4	2	1	1	2	2	3
12	2	2	2	3	2	2	2	2	2	4	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3
13	2	4	4	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3
14	2	4	3	3	2	3	2	2	3	1	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3
15	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	3	2	1	2	1	2	1	1	2	3
16	2	4	3	3	3	2	2	3	3	5	2	2	1	2	1	1	2	1	2	3
17	2	4	3	2	2	3	1	1	2	6	2	2	2	4	1	1	2	1	2	3
18	1	2	3	2	2	2	1	3	2	4	2	2	1	3	1	1	1	1	2	3
19	1	2	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2	3	4	2	2	2	1	1	3
20	2	2	4	2	1	2	1	1	2	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	3
21	2	3	3	3	3	3	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2	3
22	2	2	3	2	1	3	1	2	2	6	2	2	2	4	1	1	2	1	1	3
23	3	2	1	2	3	2	3	3	2	6	2	1	1	4	1	2	1	1	2	3
24	2	4	2	1	3	3	1	3	2	1	2	1	1	4	2	1	2	1	1	3
25	2	1	2	1	2	2	1	3	1	3	2	2	1	4	1	1	1	1	1	3
26	1	4	2	1	3	3	3	2	2	6	2	1	1	4	1	1	2	1	2	3
27	1	1	4	1	2	3	1	2	2	1	2	1	1	4	1	1	2	1	1	3
28	2	2	2	1	3	3	1	3	2	6	2	1	3	4	1	1	1	2	1	3
29	3	4	3	1	2	3	3	3	2	5	2	2	1	4	1	1	1	1	1	3
30	2	4	2	2	2	2	1	2	2	6	2	1	1	4	1	1	2	1	2	3
31	2	1	3	1	3	3	3	1	2	6	2	1	1	4	1	1	1	1	2	3
32	2	4	3	2	3	3	3	2	1	6	2	1	1	4	1	3	2	1	2	3
33	2	1	2	1	2	3	1	1	1	6	2	2	1	4	1	1	2	1	1	3
34	2	1	2	4	3	3	3	2	3	6	2	1	2	4	1	2	2	1	1	3
35	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1	2	2	3	4	2	2	2	2	1	3
36	2	2	4	1	1	2	1	1	2	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	3

Vista de datos Vista de variables



*cancer de cuello uterino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

28 : toxicos 1 Visible: 20

	edad	civil	instrucción	ocupación	embarazos	parejas	antecedentes	enfermedad	sintomas	pruebasPAP	VIH	Colposcopia	imagen	histológico	inmunizaciones	toxicos	hormonas	inicio	actividad	estadios
34	2	1	2	4	3	3	3	2	3	6	2	1	2	4	1	2	2	1	1	3
35	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1	2	2	3	4	2	2	2	2	1	3
36	2	2	4	1	1	2	1	1	2	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	3
37	2	3	2	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	3
38	3	2	2	1	2	3	1	2	2	6	2	2	2	4	1	1	1	1	1	3
39	2	2	3	1	3	3	3	3	2	6	2	1	1	4	1	2	1	1	1	3
40	2	2	1	2	1	3	3	3	2	6	2	1	1	4	1	2	2	1	1	4
41	3	2	3	1	2	2	1	3	2	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	4
42	2	1	2	1	3	3	1	2	2	6	3	2	1	3	1	1	2	1	1	4
43	3	1	2	1	3	3	3	2	3	3	3	2	1	3	1	2	1	1	1	4
44	1	2	1	2	1	3	3	3	2	5	1	2	1	4	1	1	2	1	1	4
45	2	3	2	1	3	3	1	2	2	6	3	1	1	4	1	2	2	1	2	4
46	2	4	1	1	2	3	3	3	2	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	4
47	3	3	2	1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	4	1	2	2	1	2	4
48	3	2	1	1	3	3	1	2	3	4	2	1	2	4	1	1	2	1	1	4
49	3	2	4	1	2	3	3	2	2	6	2	2	1	4	1	3	1	1	1	4
50	3	2	2	1	2	3	3	3	2	5	2	2	3	3	1	1	2	1	2	4
51	2	2	1	1	3	3	2	3	3	6	3	2	2	4	1	2	2	1	1	4
52	1	3	1	1	3	2	3	3	2	6	1	1	3	4	1	3	2	1	1	4
53	2	1	2	1	2	3	3	3	3	5	2	2	1	4	1	3	1	1	1	4
54	2	2	3	1	3	3	3	3	2	6	2	2	2	3	2	3	2	1	1	4
55	3	2	2	1	3	3	3	3	2	6	2	2	2	3	1	2	2	1	1	4
56	2	2	4	1	2	3	3	2	3	5	2	2	2	4	1	3	2	1	1	4
57	3	2	4	1	2	3	2	3	3	4	2	2	2	4	1	4	1	1	1	4
58	2	1	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	3	4	1	4	2	1	1	4
59	3	2	2	1	3	3	3	3	3	4	2	1	2	4	1	4	2	1	1	4
60	3	1	2	1	3	3	3	2	3	6	3	2	3	4	1	4	2	1	1	4
61	3	1	1	1	3	3	3	3	3	6	3	2	3	4	1	4	2	1	1	4
62	3	1	1	1	3	3	3	3	3	6	3	2	3	4	1	4	2	1	1	4
63	3	1	1	1	3	3	3	3	3	6	3	2	3	4	1	4	2	1	1	4
64																				
65																				
66																				
67																				
68																				
69																				

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HCMM - JULIACA 2025**

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>GENERAL PG: ¿Cuáles son las características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2025?</p> <p>ESPECÍFICOS PE1: ¿Cuáles son las características sociales relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM? PE2: ¿Cuáles son las características clínicas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM? PE3: ¿Cuáles son las características</p>	<p>GENERAL. OG: Analizar las características epidemiológicas relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.</p> <p>ESPECÍFICOS OE1: Describir las características sociales relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM. OE2: Analizar las características clínicas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM. OE3: Relacionar las características</p>	<p>GENERAL HG: Las características epidemiológicas están relacionadas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.</p> <p>ESPECÍFICAS. HE1: Las características sociales están relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM. HE2: Las características clínicas están relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM. HE3: Las características</p>	<p>Variable 1.</p> <p>1. Características epidemiológicas</p>	<p>1.1. Características sociales</p> <p>1.2. Características clínicas</p>	<p>1.1.1. Edad</p> <p>1.1.2. Estado civil</p> <p>1.1.3. Grado de instrucción</p> <p>1.1.4. Ocupación</p> <p>1.1.5. Número de embarazos</p> <p>1.1.6. Parejas sexuales</p> <p>1.2.1. Antecedentes de cáncer de cuello uterino</p> <p>1.2.2. Tiempo de enfermedad</p> <p>1.2.3. Síntomas</p> <p>1.2.4. Pruebas de detección: PAP</p> <p>1.2.5. VIH</p> <p>1.2.6. Colposcopia</p> <p>1.2.7. Imagen</p>	<p>Diseño de la investigación. El diseño de investigación es no experimental.</p> <p>Tipo de investigación. Correlacional, transversal, retrospectivo.</p> <p>Metodo. Hipotético deductivo con enfoque cuantitativo.</p> <p>Población: La población elegida estará conformada por todas las mujeres que fueron sometidas a examen del papanicolaou n = 63</p> <p>Muestra: .n = 63</p> <p>Técnicas e instrumentos: Variable 1: Características epidemiológicas. Técnicas: Análisis documental. Instrumento: Formulario de recogida del instrumento</p>



<p>preventivas relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM? PE4: ¿Cuál es el estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM?</p>	<p>preventivas con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM. OE4: Describir el estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM.</p>	<p>preventivas están relacionados con el cáncer de cuello uterino en mujeres adultas, HCMM. HE4: El estadio de cáncer de cuello uterino en mujeres adultas más frecuente en el HCMM es el estadio II.</p>		1.3. Características preventivas	<p>1.2.8. Resultado histológico</p> <p>1.3.1. Inmunización</p> <p>1.3.2. Hábitos tóxicos</p> <p>1.3.3. Uso de hormonas</p> <p>1.3.4. Edad de inicio de actividad sexual</p> <p>1.3.5. Actividad sexual</p>	<p>Variable 2: Cáncer de cullo uterino. Técnicas: se utilizará análisis documental. Instrumento: se utilizará una Formulario de recogida del instrumento</p>
			<p>Variable 2: 2. Cáncer de cuello uterino</p>	<p>2.1. Estadios del cáncer de cuello uterino</p>	<p>a. Estadio I: IA, IA 1, IA2 - IB, IB1, IB2, IB3</p> <p>b. Estadio II: IIA, IIA 1, IIA 2 - IIB</p> <p>c. Estadio III: IIIA, IIIB, IIIC, IIIC 1, IIC2</p> <p>d. Estadio IV: IVA, IVB</p>	



ANEXO 03: INSTRUMENTO

1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.

1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

1.1.1. Edad

- a. De 18 a 29 años
- b. 30 a 59 años
- c. Mas de 60 años

1.1.2. Estado civil

- a. Casada
- b. Unión libre
- c. Separada
- d. Soltera

1.1.3. Grado de instrucción

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior técnica
- d. Superior universitaria

1.1.4. Ocupación.

- a. Trabajo independiente
- b. Trabajo dependiente
- c. Estudia y trabaja
- d. Su casa

1.1.5. Número de embarazos

- a. Primero
- b. Segundo



- c. Tercero a mas

1.1.6. Parejas sexuales

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres a mas

1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1.2.1. Antecedentes de cáncer de cuello uterino

- a. Ninguno
- b. Madre
- c. Desconoce

1.2.2. Tiempo de enfermedad

- a. Menor a un año
- b. De 1 a 3 años
- c. Mas de 3 años

1.2.3. Síntomas

- a. Flujo vaginal
- b. Ginecorragia
- c. Dolor pélvico
- d. Dolor lumbar
- e. Dispareunia
- f. Citorragia
- g. Dificultad para miccionar
- h. Dificultad para evacuar
- i. Edema en MMII



- j. Sensación de cansancio
- k. Pérdida de peso

1.2.4. Pruebas de detección PAP

- a. Normal
- b. ASC-UC
- c. ASC-H
- d. LSIL
- e. HSIL
- f. Ca invasivo

1.2.5. Virus Inmuno VIH

- a. Positivo
- b. Negativo
- c. No realizado

1.2.6. Colposcopia

- a. Si
- b. No

1.2.7. Imagen

- a. ECO TV
- b. TAC
- c. RNM

1.2.8. Resultado histológico

- a. Normal
- b. Atipia
- c. Displasia leve
- d. Displasia moderada



- e. Displasia severa
- f. Carcinoma in situ
- g. Carcinoma invasivo

1.3. CARACTERÍSTICAS PREVENTIVAS.

1.3.1. Inmunizaciones.

- a. Vacuna contra el PVH
- b. Otras vacunas: hepatitis y otros
- c. Ningún tipo de vacuna contra el PVH

1.3.2. Hábitos tóxicos

- a. Ninguno
- b. Fuma
- c. Alcohol

1.3.3. Uso de hormonas

- a. No utilizo
- b. Si utilizo

1.3.4. Edad de inicio de actividad sexual

- a. Menor a 16 años
- b. Mayor a 16 años

1.3.5. Actividad sexual

- a. Con una sola pareja
- b. Promiscuidad

2. CÁNCER DE CUELLO UTERINO: Estadios FIGO



- a. Estadio I: IA, IA 1, IA2 - IB, IB1, IB2, IB3
- b. Estadio II: IIA, IIA 1, IIA 2 - IIB
- c. Estadio III: IIIA, IIIB, IIIC, IIIC 1, IIC2
- d. Estadio IV: IVA, IVB

132



ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

ANEXO 04 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. **Identificación del experto.**

Nombres y apellidos:

Edwyn Johann Chambi Chipana

Centro laboral

Servicio de Ginecología y Obstetricia del HCM

Grado:

Segunda Especialidad profesional de residenciado médico

Mención

Ginecología y Obstetricia

2. **Instrucciones:**

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. **Juicio de experto.**

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					⊗
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					⊗
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					⊗
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					⊗
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					⊗
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					⊗
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					⊗
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial					35
Puntaje total:					35



Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 100

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Dr. Edwin Johann Chambi Chipana... identificado con DNI N° 40774737... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA

Juliaca 10 de abril del 2025.

Dr. Edwin Johann Chambi Chipana
MÉDICO CIRUJANO
GINECOLOGO OBSTETRA
ESP. MEDICINA FEMAL Y CIRUGIA LAPAROSCOPICA
CMP 42851 RNE 030412



ANEXO 04
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Juan Glicerio Rojas Gallegos

Centro laboral

Servicio de Ginecología y obstetricia del HCMH

Grado:

Segunda especialidad profesional de residentes medico

Mención

Ginecología y obstetricia

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial					35
Puntaje total:					35



Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 100

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento de investigación este apto para su aplicación

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Dr. Juan Guillermo Rojas Gallegos, identificado con DNI N° 22167022, Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA

Juliaca ...10... de ...Abril... del 2025.

GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 21516 - 1982-1985



ANEXO 04
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Manuel Jesus Inque Anconeyra

Centro laboral

Servicio de Ginecología y Obstetricia del HCNM

Grado:

Segunda Especialidad profesional de residentes médicos

Mención

Ginecología y Obstetricia

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORIA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial					15
Puntaje total:					15



Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 1.00

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Dr. Manuel Luque Anconeyra identificado con DNI N° 29328982. Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA

Juliaca 10 de abril del 2025.



Dr. Manuel J. Luque A.
GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
C.M.P. 41117 RNE 36114



ANEXO 05: AUTORIZACION DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 15 de Abril del 2025

CARTA N° 2,66 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr. PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA

REGISTRO N° 7591 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024 ", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf
Cc. Interesado

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
Dr. Efraín U. Corrasco Gozalo
JEFE UADI - CAPACITACION
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001

MINISTERIO DE SALUD
RED SALUD SAN ROMÁN - HCMM
15 ABR 2025
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA
CONTROL RECEPCION

ANEXO 06: EVIDENCIA



Fotografía 1: Identificación de historias clínicas



Fotografía 2: Recolección de historias clínicas



Fotografía 3: Recolección de datos de historias clínicas



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 06-10-2025

1. Datos del autor (es):

Form with fields for author information: Nombres y Apellidos (PEDRO WLADIMIR MAMANI PANCCA), Dirección (Jr. 2 DE MAYO 790), DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N° (73701771), Teléfono (995 890 290), email (Wlady111100@gmail.com), Facultad (FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD), Escuela (ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA), Título (MÉDICO CIRUJANO), Asesor (Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA), Title (CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ADULTAS, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2024), Keywords (CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CÁNCER, CUELLO UTERINO, MUJERES), and a question about development in UANCV (2).

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
- Título
- 2da Especialidad
- Maestría
- Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA – P09

Firma de Autor



huella digital

06 - 10 - 2025

Fecha

