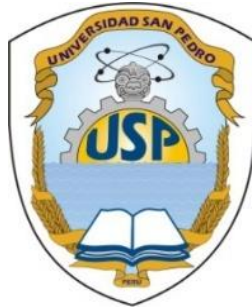


# **UNIVERSIDAD SAN PEDRO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA**



**Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

Características clínicas y epidemiológicas del cáncer en la

Red Asistencial Áncash - EsSalud. 2019

**AUTOR:**

Tarazona Arrasco, Julinho Raíd

**ASESOR:**

Miñano Bolaños, Juan Carlos

**Chimbote – Perú**

**2020**

## 1. Palabra clave

Palabras clave:

<b>Tema</b>	Cáncer.
<b>Especialidad</b>	Medicina.

Keywords:

<b>Topic</b>	Cáncer.
<b>Specialty</b>	Medicine.

<b>Línea de Investigación</b>	Prevención y seguimiento de cáncer.
<b>Área</b>	Ciencias médicas y de salud.
<b>Sub área</b>	Medicina clínica.
<b>Disciplina</b>	Medicina general e interna.

## **1. Título**

Características clínicas y epidemiológicas del cáncer en la Red  
Asistencial Áncash - EsSalud. 2019.

## **1. Resumen**

El cáncer es un problema de salud pública en el mundo y está asociado a una alta mortalidad y discapacidad, a pesar de los grandes avances de la medicina. El motivo del presente proyecto fue establecer las características clínicas y epidemiológicas del cáncer en la población asegurada de EsSalud en la Red Asistencial Ancash durante el año 2019, para lo cual se realizó un trabajo descriptivo, transversal, retrospectivo, cuantitativo. Población: 204 diagnosticados de cáncer. Se verificaron las historias clínicas y las Fichas de Vigilancia de cáncer de la División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ancash de EsSalud. Se obtuvo 156 Fichas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó un instrumento de recolección de información y los resultados fueron:

La edad preponderante fue mayor de 71 años, no hubo preponderancia en el sexo, el grado de instrucción de pacientes con cáncer predominó el nivel primario y secundario, la condición de usuario que más destacó fue la de pensionista, las comorbilidades predominantes fueron Insuficiencia Respiratoria Aguda y neumonía bacteriana, hubieron escasos casos con antecedentes personales de cáncer, la forma como se llegó al diagnóstico fue por hallazgo incidental por imágenes; el tipo de cáncer clínico que predominó fue el cáncer de piel y en segundo lugar el de próstata, el estudio histológico que predominó fue carcinoma basocelular. El manejo principal fue quirúrgico y en su mayoría los pacientes aún sobreviven.

Palabras clave: cáncer, características clínicas, características epidemiológicas.

## **1. Abstract**

Cancer is a public health problem in the world and is associated with high mortality and disability, despite the great advances in medicine. The objective of this project was to determine the clinical and epidemiological characteristics of cancer in the EsSalud insured population in the Ancash Healthcare Network during the year 2019, for which a descriptive, transversal, retrospective, quantitative work was carried out. Population: 204 diagnosed with cancer. The medical records and the Cancer Surveillance Sheets of the Health Intelligence Division of the Ancash Healthcare Network of EsSalud were reviewed. 156 Tokens were obtained that met the inclusion and exclusion criteria. An information collection instrument was used and the results were:

The preponderant age was over 71 years, there was no predominance in sex, the level of education of patients with cancer predominated at the primary and secondary level, the user condition that stood out the most was that of a pensioner, the predominant comorbidities were Acute Respiratory Failure and bacterial pneumonia, there were few cases with a personal history of cancer, the way in which the diagnosis was reached was by incidental finding by imaging; the type of clinical cancer that predominated was skin cancer and secondly that of prostate, the predominant histological study was basal cell carcinoma. The main management was surgical and most of the patients still survive.

Keywords: cancer, clinical characteristics, epidemiological characteristics.

## INDICE

Capítulo	Página.
1. INTRODUCCION.....	
1.1. Antecedentes y fundamentación científica.....	
1.2. Justificación de la investigación.....	
1.3. Problema.....	
1.4. Conceptuación y operacionalización de las variables.....	
4.1. Conceptualización de las variables.....	
4.2. Operacionalización de las variables.....	
1.5. Hipótesis.....	
1.6. Objetivos. ....	
6.1. Objetivo general. ....	
6.2. Objetivos específicos. ....	
2. METODOLOGIA.....	
2.1. Tipo y diseño de investigación. ....	
2.2. Población y muestra ....	
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación. ....	
2.4. Procesamiento y análisis de la información.....	
3. RESULTADOS ....	
4. ANALISIS Y DISCUSION.....	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
6. AGRADECIMIENTO.....	
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	
8. ANEXOS.....	

# **1. INTRODUCCION**

## **1.1. Antecedentes y fundamentación científica**

### **Antecedentes**

Cabo, Del Campo, Rubio, Nápoles y Columbie (2018) estudio 125 pacientes con neoplasia de pulmón en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, de Cuba. Este estudio fue realizado entre enero de 2015 y octubre del año 2016, obteniendo como resultados que la mayor prevalencia de cáncer fue en varones de entre 51-69 años, con un evidente incremento en mujeres con edades más jóvenes. También se encontró como mejor método diagnóstico a la fibrobroncoscopia, como localización más frecuente al pulmón derecho, como tipo histológico más frecuente el adenocarcinoma, el principal factor de riesgo no genético fue el tabaquismo, y principal factor genético fue el parentesco de primer grado. El mayor número de pacientes evaluados tuvieron una evolución menor a un año desde el diagnóstico, reportándose como estadio más frecuente de la enfermedad, el estadio IV (P: 394 – 403).

Ruiz, Serrano, Ruiz, Mantilla, Valdivieso, Olivera y Gómez (2017), en Perú, analizaron las características clínicas, características histológicas y factores pronósticos del cáncer de cuello uterino en pacientes con edad menor de 36 años, quienes habían sido atendidas y diagnosticadas en el periodo comprendido entre los años 2008 al 2012 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Los resultados reportaron que 449 pacientes tuvieron neoplasias epiteliales; siendo los tipos histológicos más frecuentes el carcinoma de células

escamosas (84,9%), adenocarcinoma (11,0%) y carcinoma adenoescamoso (2,4%). Respecto al tamaño del tumor, el promedio fue de 4,98 cm. Así mismo se encontró que la enfermedad tenía un avance local en más del 80% de las pacientes. En cuanto al estadiaje, el estadio IIB (47,4%) y IIIB (25,8%) fueron los más frecuentes cuando se realizó el diagnóstico de la enfermedad. La supervivencia global a 5 años fue de 59,5% (I, 90,9%; II, 57,5%; III, 42,7% y IV, 13,3%). En cuanto al pronóstico de la enfermedad, los investigadores plantearon cinco factores estadísticamente significativos: la anemia (55.7%), elevación de la creatinina (21,2%), la hidronefrosis (13.8%), el tamaño del tumor, y el compromiso parametrial. Descartaron algún tipo de asociación significativa entre el tipo histológico y el pronóstico. Como conclusión sostuvieron que el cáncer de cérvix generalmente fue diagnosticado en estadios avanzados, en el grupo de mujeres menores de 36 años; siendo la supervivencia en mujeres jóvenes igual que la descrita para mujeres mayores. Se encontraron cinco factores pronóstico de supervivencia, de los cuáles, el más importante fue la anemia (P: 218 – 225).

Chafloque, Cabanillas, Silverio, Hirakatan y Díaz (2017), desarrollaron un estudio en Lambayeque para describir las características epidemiológicas y clínico-patológicos del cáncer de piel tipo no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque en el periodo comprendido entre enero del año 2015 a julio del año 2016, para lo cual revisaron 193 historias clínicas encontrando que en un 75% de casos hubo un diagnóstico clínico y patológico del carcinoma espinocelular, y en un 97% el diagnóstico clínico y patológico fue carcinoma basocelular. En cuanto a la variable edad encontraron un predominio en personas con 75+-4 años; mientras que de acuerdo al sexo hubo un predominio en las



mujeres. Respecto a la localización corporal de la enfermedad, el área más afectada fue el rostro (espinocelular en un 62,50 %, y basocelular en un 94 %). El manejo terapéutico más frecuente fue la resección quirúrgica en casi el 60% de pacientes, en tanto que en un 13.38% se optó por criocirugía. El estudio concluyó que el tipo de cáncer de piel más frecuente fue el carcinoma basocelular, en casi un 70%, con un predominio en personas del sexo femenino. En cuanto a la edad, el promedio de pacientes fue de 75 +- 4 años. La localización anatómica más frecuente fue el rostro, prevaleciendo la nariz (43,62 %) en el carcinoma basocelular, y la mejilla (36,00 %) en el carcinoma espinocelular (P: 162 – 169).

Rodríguez (2019) en el proceso de obtención del título como médico cirujano, elaboró una Tesis en la que determinó las características clínicas epidemiológicas del cáncer de mama en 96 pacientes mujeres atendidas y diagnosticadas en el Hospital Cayetano Heredia durante el periodo de octubre del año 2018 y enero del año 2019. Los resultados obtenidos reportaron un predominio en mujeres con edades mayor a 50 años (69,8%). 53.1% procedían de zonas urbanas. En cuanto a otras variables como factores asociados, 75% de pacientes tuvieron antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas; el sobrepeso se reportó en un 44,8%; mientras que la obesidad estuvo presente en un 19.8% de mujeres. La historia familiar de cáncer fue la variable con menor frecuencia. En el examen físico, los hallazgos más comunes fueron el dolor y la presencia de masas (71,9%); el tamaño promedio de las masas palpables fue de entre 2 a 5 cm. Respecto al estadiaje, lo más frecuente encontrado fue el estadio III A (27,1%). Rodríguez concluye que el cáncer de mama se observa con mayor frecuencia en mujeres de 50 años, con

sobrepeso, uso de anticonceptivos orales, ingesta de bebidas alcohólicas, y que hubieran presentado enfermedad benigna de la mama (P: 7).

Torres y Vásquez (2017), realizó una Tesis para determinar las características epidemiológicas y clínicas del carcinoma diferenciado de tiroides (CDT), trabajo realizado en el hospital José Carrasco Arteaga en el periodo del año 2010 al 2015 en Cuenca. Revisó 519 historias clínicas de pacientes con dicha enfermedad. Más del 60% de pacientes tenían edades mayor a 45 años; respecto al sexo hubo un predominio en personas del sexo femenino con un 83,6 %. La región de procedencia más frecuente fue en la Sierra (86,3%). Al examen físico lo que más se encontró fue el nódulo palpable (68,2 %). Desde el punto de vista histopatológico, el tipo más frecuente fue el carcinoma papilar con un 95,4%. El seguimiento y control posterior se realizó básicamente mediante el ultrasonido (96,6 %) y el dosaje de hormona tiroglobulina sérica (96,0 %). En cuanto a la frecuencia de casos hubo un incremento notorio del año 2010 que se reportó 10,8 % de casos de este tipo de cáncer a 24,3 % en el año 2015. En el tratamiento quirúrgico, a más del 90% de casos se les realizó tiroidectomía total. En las conclusiones del estudio se resalta el incremento de la frecuencia de CDT, con un predominio en mujeres con edad mayor a 45 años; siendo la forma de presentación más frecuente fue el nódulo tiroideo palpable, y casi en su totalidad se realizó tiroidectomía total como tratamiento (P: 2, 48).

Soto (2019), realizó un estudio observacional descriptivo para determinar las características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes atendidas en hospital Regional del Cusco, durante los años 2014 al 2018, para lo cual revisó

las historias clínicas de 159 pacientes con cáncer de cérvix. Se reportó una incidencia (29-34 casos) y mortalidad (1-6 casos) en ascenso. En su mayoría (72,3%) las pacientes procedían de las provincias del Cusco; según el nivel de instrucción, el nivel de educación primaria y/o sin instrucción reportó un 45,5%. De todas las pacientes, el 80,5% fueron amas de casa. Otros indicadores fueron: inicio de relaciones sexuales a la edad de 14 a 15 años en 27%; edad de menarquia entre 12 a 13 años en un 17,6% y gran paridad en el 70. Un importante porcentaje de pacientes no reportaron estudios de citología cervical previa (75,5%). Respecto al estadiaje clínico se encontró el IIB en el 31,4%, el IA en el 22%, el IIIB en el 14,4% y el estadio IV en el 10,6% (p: 24).

Bazán (2017), realizó un estudio de Tesis, en la que buscó la relación entre los factores de riesgo y el cáncer de mama en mujeres, para lo cual evaluó a 40 mujeres con la mencionada patología, encontrando que el tipo de cáncer de mama más frecuente histopatológicamente fue el ductal invasivo o infiltrante. Según la posibilidad no modificable o modificable de los factores de riesgo, lo que se encontró para el primer grupo fueron: los antecedentes de mama en la familia, la edad de menarquia antes de los doce años, antecedentes personales de enfermedad benigna de la mama y edad de menopausia después de los 50 años. Mientras que como factores de riesgo modificables se reportó: la no ejecución del autoexamen mensual de mama, el consumo de cigarrillo de manera habitual, obesidad o sobrepeso, no realización de estudios ecográficos de mamas, la poca frecuencia de estudios mamográficos, el haber recibido por más de cinco años algún tipo de terapia hormonal, ingesta de bebidas alcohólicas, la nuliparidad y el no haberse realizado controles ginecológicos anuales. Finalmente. El autor concluye que

existe relación significativa entre los factores de riesgo no modificables y los factores de riesgo modificables con la ocurrencia de cáncer de mama en mujeres (P: 51).

Sevillano (2014), realizó en México un trabajo de Tesis descriptiva de las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con cáncer adscritos a la UMF 66 – México, en el periodo de marzo del año 2012 a septiembre del año 2013, para lo cual evaluó a 259 pacientes entre 20 y 90 años de edad con diagnóstico confirmado histopatológicamente de cáncer. Se reportó un predominio del sexo femenino (70%), mientras que el 30% fue de sexo masculino. La media de edades fue de 59.5 años, además el 60% de pacientes presentaron como estado civil ser casados. Según el grado de instrucción, el 25% tenía secundaria completa. Entre los hábitos más frecuentes reportados tenemos: sedentarismo en más del 80%; el consumo de cigarrillo fue prevalente en el 47%, de los cuales el 6% se clasificó como población con un índice tabáquico de alto riesgo (fumador pesado); en el 12% de pacientes se reportó como hábito alcoholismo. El perfil de comorbilidades asociadas evidenció que casi el 20% presentaba hipertensión arterial, el 7% cursaba con infección por VPH, el 6% presentaba diabetes mellitus, el 2% reportó infección por VIH. Los antecedentes de cáncer en la familia se encontró en el 29%. El tipo de cáncer más prevalente fue el de mama con un 37%, seguido del cáncer de cuello uterino con el 14%, el de próstata con 11%, el cáncer de piel y tejidos blandos con el 8%, el cáncer de colon en el 5%, linfomas y leucemias en el 4%, el cáncer renal y de ovario en 3%, cáncer testicular, de endometrio y de tiroides en el 2%, y el de pulmón, hígado y vejiga en el 1%. Conclusión: la frecuencia de cáncer fue mayor en mujeres; el grupo de edad más

afectado fue de 61 años a más. Pacientes con escolaridad a predominio del nivel secundario y con estado civil casado. La comorbilidad más frecuente fue dada por hipertensión arterial y diabetes mellitus; respecto a los tipos de cáncer más frecuente fueron de mama, cuello uterino, próstata, piel y colon (P: 3).

Meza (2015), realizó un trabajo de Tesis de tipo observacional descriptivo para determinar las características epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el departamento de Lima, Perú, en pacientes atendidos en el período comprendido entre los años 2009 y 2014. El estudio incluyó a 156 pacientes con diagnóstico clínico e histológico de cáncer de piel no melanoma. En los resultados se encontró que el carcinoma basocelular fue el más frecuente (127 casos), seguido por el carcinoma espinocelular (29 casos). La media de edades fue 68 +- 4 años. El sexo predominante fue el de varones en más de la mitad de los casos (65%). El foto tipo de piel tipo IV fue el más afectado (30%). La parte anatómica más frecuentemente afectada fue la cabeza, sienta por carcinoma basocelular en un 80%, y por carcinoma espinocelular en un 69%. El estudio concluyó que el cáncer de piel no melanoma mostró un incremento en su incidencia hasta en 5 veces. El tipo de carcinoma basocelular fue el más frecuentemente reportado. La frecuencia de cáncer de piel no melanoma en varones, en fototipo IV fue similar al fototipo III en el carcinoma basocelular, y fue el 30% en carcinoma espinocelular (P: 62).

Batallanos (2018), desarrolló una Tesis de estudio donde evaluó los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de cáncer de mama en 165 mujeres posmenopáusicas que se atendieron en el Hospital Nacional Dos de

Mayo durante los años 2016-2017. Del total de mujeres evaluadas, a 63 se les diagnosticó cáncer de mama (38,2%), de las cuales la edad promedio fue de  $62.4 \pm 12$  años; en el 68,3% de pacientes se encontró sobrepeso u obesidad, siendo la edad de menarquia menor de 12 años en el 49,2%. Según el grado de paridad, el 47,6% fueron multíparas; el 77,8% tuvieron antecedentes de lactancia materna, siendo el porcentaje de usuarias de anticonceptivos orales el 47,6%. El hábito de consumo de alcohol fue de 11,1% y consumo de cigarrillo en el 12,7%. El 58,7% presentaron antecedentes familiar de cáncer. Estadísticamente, los factores de riesgo de cáncer de mama fueron la edad >55 años (OR: 2,072; IC95%= 1.076-3.988), el Sobrepeso-Obesidad (OR: 2,159; IC95%= 1.029-3.989; p= 0.029), la edad menarquia <12 años (OR: 3,811; IC95%= 1.439-4.297; p<0.001), la nuliparidad (OR: 3,250; IC95%= 1.187-7.861; p= 0.017) y el antecedente familiar (OR=16,721; IC=6,943-40,272; p=<0.001), mientras que el IMC normal (OR: 0,463; IC95%= 0.235-0.911; p= 0.018), multiparidad (OR: 0,379; IC95%= 0.197- 0.727; p= 0.003), lactancia materna anterior (OR: 0,339; IC95%= 0.137-0.838; p= 0.016) son factores protectores de cáncer de mama. En conclusión, Batallanos sostiene que los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de cáncer de mama más frecuentes son la edad de presentación en mayores de 55 años, el Sobrepeso u Obesidad, la edad menarquia menor a 12 años, el antecedente familiar y la nuliparidad (P: 53 – 54).

Aguilera, Alonso y Alonso (2018), en un estudio descriptivo – transversal, caracterizaron el linfoma en pacientes atendidos en el Hospital “Celestino Hernández Robau”, en la provincia de Villa Clara en Cuba, durante el período

de enero del año 2014 al 31 de diciembre del año 2015. El estudio incluyó 81 casos, en los que predominó la edad igual o mayor a 60 años. Evidenció una mayor frecuencia de pacientes de sexo masculino y color de piel blanca; considerando como antecedente personal más frecuente la hipertensión arterial. De los tipos de linfoma, el no Hodgkin se presentó con mayor frecuencia que el linfoma Hodgkin y dentro de las variedades histológicas del linfoma Hodgkin la más vista fue la esclerosis nodular, mientras que para los linfomas no Hodgkin el tipo difuso de células grandes se observó en el primer lugar. En cuanto al estadiaje, el mayor número de pacientes se encontraban en estadio IIA y el IIIB, en ambos tipos de linfomas. El tiempo transcurrido desde que iniciaron los síntomas hasta el momento del diagnóstico fue mayor de tres meses. En ambos tipos de linfoma predominó la remisión completa al tratamiento. En conclusión, los linfomas mostraron una alta morbilidad en los adultos de la Provincia de Villa Clara (P: 286 – 290).

Mundaca (2018), realizó un estudio en Arequipa en el que determinó las características clínicas y epidemiológicas de pacientes que presentaron cáncer de vesícula y que fueron atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN), durante los años 2010 – 2015. Tuvo acceso a 211 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Vesícula Biliar. De acuerdo a la edad, se encontró una mayor frecuencia en el intervalo de 53 a 74 años (58.8%); de ellos, el 30.8% correspondieron al grupo de edad de 53-63 años. El grupo etario 64-74 años presenta 28%. Respecto al sexo se observó una alta prevalencia en el sexo femenino (85.3%). En relación a la procedencia, el 52.1% de pacientes nacieron en el departamento de Puno;

mientras que el 55.5% procedían de la provincia de Arequipa. El 70.6% de pacientes nacieron a una altitud mayor a los 3000 msnm y el 10% lo hicieron a menos de 2000 msnm. El síntoma de ingreso más frecuente fue dolor (88%), seguido de ictericia 32.5% y pérdida de peso 30.6%. El 69.2% de pacientes presentaban litiasis vesicular como patología asociada. En el 50.7% de pacientes el diagnóstico se realizó de manera incidental, siendo intervenidos quirúrgicamente en el 90.65%. El estudio ecográfico preoperatorio reportó en el 19.4% engrosamiento difuso de la pared vesicular y en el 16.1% tumor infiltrante. El tipo histológico mayormente fue adenocarcinoma (90.1%); en 52% de casos hubo un grado tumoral medianamente diferenciado. El estadiaje tomográfico fue metástasis hepática en el 38.0%; el 35.5% presento tumor infiltrante. Según la clasificación TNM, T3 presento 46%, N1 el 32,2%, M1 58.8%. Respecto al estadiaje, el estadio IV fue el más frecuente con 74.4%. Inicialmente, en el 80.1% de los pacientes con cáncer de vesícula biliar se implementó un plan terapéutico paliativo (P: 2, 40).

Campos (2016), realizó un estudio de Tesis para determinar la Incidencia del cáncer de próstata en un hospital en Huacho de la Seguridad Social, durante el período entre el año 2010 al año 2014, reportando que el año con mayor incidencia fue el 2011 donde se reportaron 82,42 casos por cada 100000 varones y una tasa estandarizada por edad de 2,60 casos por cada 1000 varones mayor e igual a 45 años. La incidencia más baja de casos se presentó el año 2014 con 50,79 casos por cada 100000 varones y una tasa estandarizada por edad de 1 ,49 casos por cada 1000 varones mayor e igual a



45 años. De los pacientes evaluados, el 61,3% mostraron niveles de PSA superiores a 20ng/ml. En el examen físico mediante el tacto rectal, el 55,4% presentaron una glándula prostática de consistencia dura con nódulo aislado. Referente a los estudios de biopsia, el 62,9 % evidenciaron resultados pobremente diferenciado. Otras variables evaluadas reportaron que en el 51% de pacientes hubieron antecedentes en familiares de primer grado; la mayoría de pacientes (42%) se encontraban dentro del rango de edad entre 70 a 79 años. Campos concluyó que la incidencia promedio de cáncer de próstata durante los años 2010 a 2014 fue de 68,57 casos por cada 100000 varones. Además de los 388 pacientes con cáncer de próstata, más del 50% de presentaron: PSA mayor de 20ng/ml, consistencia de la glándula prostática sospechosa de cáncer, resultados de biopsia pobremente diferenciado, antecedente familiar de primer grado y una edad promedio de ocurrencia de la enfermedad entre 74,49 años (P: 21 – 27).

Ybaseta, Paccori y Vilca (2014), realizaron un estudio para determinar los factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en pacientes que se atendieron en un hospital de Ica; el estudio incluyó historias clínicas de 46 pacientes que fueron atendidas entre los años 2008 al 2010. Del total solo 27 casos cumplieron con los criterios de inclusión (biopsia de cérvix compatible con Cáncer de cuello uterino). En cuanto a los resultados se encontró dentro de las características epidemiológicas que la edad más afectada fue en el grupo de mujeres con más de 35 años (77,8%); respecto al estado civil, 40.8% reportaron ser convivientes; en el 48.2% el grado de instrucción más prevalente el nivel secundario; la procedencia mayormente de la zona urbana

(70,4%) y en cuanto a la situación socioeconómica familiar, lo más reportado fue el nivel medio (44,5%). Otras características epidemiológicas evidenciadas fueron el antecedente de familiar de cáncer de cuello uterino con 7.4%, y la falta de controles previos con Papanicolau (PAP) en el 85.2%. Clínicamente se reportó que entre los hallazgos anatomopatológicos, el 25,9% fueron carcinomas invasivos y el 74,1% de casos presentaron lesiones intraepiteliales de alto grado de malignidad. Además, entre algunas características ginecobstetricias predominó la situación de ser multigesta en el 59,3%, multíparas en 55,6%, edad de menarquía igual o mayor a 15 años en 25,9% y 33,3% respectivamente. El motivo principal de consulta (síntoma clínico principal) fue sangrado postcoital que fue reportado por 29.2% de pacientes. En conclusión: el cáncer de cuello uterino es una enfermedad multifactorial con características clínicas y epidemiológicas que requiere un fortalecimiento sostenido desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento oportuno, pero sobre todo en la fase de preneoplásica, mediante la ejecución del Papanicolau (P: 1 – 5).

Martinich (2007), evaluó la Sobrevida de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron atendidos en un hospital de la ciudad de Punta Arenas en Chile. En este estudio se analizaron las características de presentación y el pronóstico de pacientes con cáncer gástrico en el periodo 1995-1999, mediante un estudio retrospectivo de sobrevida. De 96 casos confirmados, el 77.1% fueron hombres y 22.9% mujeres. La edad promedio de presentación fue de 66 años en varones y 67 años en mujeres. Los motivos de consulta más frecuentes fueron la disminución de peso y la epigastralgia.

Respecto a la gravedad de la enfermedad, el 88.5% fueron avanzados, 6.3% intermedios y 5.2% incipientes; observándose lesiones Borrmann IV en el 56.3% de casos. En cuanto a la localización del tumor, este se ubicó en dos tercios o más del estómago en el 35.4% de los pacientes. El estudio histológico reportó el 59.4% de los casos de tipo intestinal (Lauren) y 27.1% de tipo difuso. El 95.8% pudo ser estratificado según TNM: 8.3% en etapa I; 4.2% en etapa II; 8.3% en etapa III y el 75% en etapa IV. Finalmente, la sobrevida global encontrada a 5 años fue de 13.5% (P: 38 – 84).

Pacheco (2011), realizó una Tesis con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas del cáncer en pacientes que fueron atendidos en un Hospital de la Seguridad Social del Perú en Tacna. Para este estudio se consideró a todos los pacientes diagnosticados con cáncer durante los años 2007 al 2010, siendo un total de 692 pacientes. Los resultados reportaron que el tipo de cáncer más frecuente fue el de cérvix (28,2%), seguido por el cáncer de mama (26,0%) y en tercer lugar el cáncer prostático (18,2%). Respecto a las características epidemiológicas resaltó el predominio en pacientes de sexo femenino con un 63,4% del total; las edades predominantes fluctuaron entre los 41 y 60 años con el 58,9%. Un aspecto importante es la presencia de comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; se evaluó además el estado nutricional encontrándose normal en el 68,4% de pacientes. El tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el momento de su diagnóstico se estimó que en el 44,7% fue de 6 y 12 meses. La incidencia reportada en el periodo evaluado mostró un incremento en el número de casos de cáncer

diagnosticados, triplicándose la cifra en el año 2010, respecto al año 2007. El estadiaje, tanto en el cáncer de cuello uterino como en el de mama correspondió al estadio II. Los planes de tratamiento implementados mayormente fueron cirugía, asociado a quimioterapia y/o radioterapia. La frecuencia de mortalidad se reportó en un 14,8%, siendo más elevado por cáncer de hígado y de estómago (P: 90 – 147).

Perdomo (2014), realizó una investigación con la finalidad de caracterizar los casos de cáncer atendidos en un Municipio de Cuba durante los años 2004 al 2012. Consideró algunas variables como la frecuencia de casos, tipos más frecuentes, tipificación histológica, frecuencia por grupos de edad y predominio por sexo. El estudio reportó un universo de 781 casos de pacientes con diagnóstico de algún tipo de cáncer. Como conclusiones consideró que hubo un predominio de casos en el sexo masculino, y en edades avanzadas (mayor de 65 años de edad) y adultos jóvenes; lo que se puede explicar por el tipo de población envejecida. En cuanto al tipo de cáncer predominó el de piel, seguido del pulmón en el hombre, lo que puede explicar una relación causal con el tipo de trabajo, los hábitos tóxicos y la raza blanca predominante en el país. Lo llamativo fue el bajo reporte de casos de cáncer prostático que difiere de las estadísticas mundiales; esto podría deberse a la poca actividad de despistaje o cribaje. De otro lado, en la población femenina predominó el cáncer de mama y de piel. La tipificación histológica evidenció un predominio del Carcinoma basal y Epidermoide, todo relacionado a las lesiones de la piel. También concluyó que el cáncer de colon se diagnostica con poca en población de ambos sexos; esta situación

también podría estar relacionado a las pocas actividades de cribaje que se realizan. También resalta la existencia de un número importante de casos de cáncer con localizaciones anatómicas desconocidas, esto podría deberse a lo tardío del diagnóstico de la enfermedad, es decir en etapas avanzadas asociadas a metástasis (p: 27).

## **Fundamentación científica.**

### **Definición de cáncer.**

El cáncer es un complejo patológico donde las células de cualquier tejido u órgano del cuerpo crecen descontroladamente y se diseminan, logrando invadir a los tejidos adyacentes, pudiendo extenderse a órganos distantes en el cuerpo, lo que se conoce como metástasis (OMS, 2020).

Las células se dividen mediante mitosis a cada momento, mediante un proceso ordenado, pero cuando existe una alteración genética durante la división celular, se forman células cancerígenas que se reproducen descontroladamente. Los tumores cancerosos se caracterizan por su malignidad y su capacidad de propagarse a tejidos y órganos mediante el sistema circulatorio o el sistema linfático, produciendo invasión de otros tejidos (OMS, 2020).

Lo característico de las células cancerosas es su poca especialización en relación al resto de células normales del organismo. Esta diferencia se centra en que las células normales cumplen un proceso de maduración que dan como resultado distintos tipos de células que cumplen funciones específicas y diferenciadas, lo que no ocurre con las células cancerosas. Este fenómeno hace que las células cancerosas, a diferencia de las células normales, persistan en su multiplicación sin detenerse (OMS, 2020).

### **Características epidemiológicas y clínicas**

El cáncer es una enfermedad que tiene una importante morbilidad y mortalidad en el mundo, lo que se evidencia en el incremento de sus cifras;

así vemos que se reporta un aproximado de 10 millones de nuevos casos diagnosticados de cáncer y 6 millones de pacientes que mueren por esta enfermedad en todo el mundo; Mientras que en el Perú, esta patología se considera la tercera causa de muerte (Rafael, 2007; OMS, 2018).

En los reportes de la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad según el órgano afectado por cáncer es el siguiente (OMS, 2018):

- Cáncer de pulmón con 1,69 millones de defunciones anuales.
- Cáncer de hígado con 788 000 defunciones anuales.
- Cáncer de colon y recto con 774 000 defunciones anuales.
- Cáncer de estómago con 754 000 defunciones anuales.
- Cáncer de mama con 571 000 defunciones anuales.

### **Factores asociado a riesgo de cáncer**

Es necesario conocer y enfocarse en los factores de riesgo modificables; así podemos mencionar que un elevado porcentaje de casos de cáncer se asocia a los estilos de vida inadecuados, como son, el tabaquismo y alcoholismo, el sedentarismo, y una alimentación rica en carnes rojas y grasas, como en la dieta occidental (Rafael, 2007). El tabaquismo constituye el factor de riesgo más importante, ocasionando el 22% de las muertes anuales por cáncer a nivel mundial (OMS, 2018).

En este grupo de factores también se encuentran las infecciones crónicas, que tienen una alta prevalencia en países en vías de desarrollo, como las infecciones producidas por el *Helicobacter pylori*, bacteria considerada factor

de riesgo en la generación del adenocarcinoma de estómago; el Virus del Papiloma Humano implicado como factor de riesgo en el origen del cáncer del cuello uterino; virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C que se asocia al origen del cáncer de hígado (hepatocarcinoma); el Epstein-Barr virus, considerado frecuentemente como factor de riesgo de algunos linfomas; el VIH que se asocia al incremento del riesgo de contraer algunos tipos de cáncer como el de cuello uterino (OMS, 2018; Ministerio de Salud, 2019).

También existen otros factores dentro de los que podemos mencionar a las radiaciones ionizantes y ultravioletas, así como la contaminación del aire, producida por la quema de combustibles sólidos (Rafael, 2007).

De acuerdo a los reportes de la Organización Mundial de la Salud, entre el 30 y el 50% de los cánceres pueden evitarse. La detección temprana y el tratamiento oportuno es clave para determinar un buen pronóstico, incrementando las probabilidades de recuperación y disminuyendo la tasa de mortalidad por cáncer (OMS, 2018).

### **El diagnóstico temprano**

Un diagnóstico temprano del cáncer permitirá un tratamiento más oportuno, eficaz y económicamente accesible; del mismo modo mejoraría la supervivencia, de la misma manera que la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad (OMS, 2018).



La Organización Mundial de la Salud establece tres etapas fundamentales en el diagnóstico temprano de la enfermedad (OMS, 2018):

Primero: que la persona y la familia tomen conciencia del posible problema de salud lo que debe llevarlos a solicitar atención médica.

Segundo: tener la posibilidad de una evaluación clínica que permita un diagnóstico temprano y oportuno.

Tercero: una vez realizado el diagnóstico, tener acceso al tratamiento pertinente.

De las tres etapas, el diagnóstico temprano constituye la estrategia más importante y útil en la mayoría de tipos de cáncer, permitiendo administrar un tratamiento curativo. En cambio, al realizarse un diagnóstico en fases avanzadas e incurables, solamente quedan aplicarse los cuidados paliativos (Ministerio de Salud, 2019)

### ***El cribado***

El cribado, también llamado detección sistemática, permite identificar anomalías morfológicas o laboratoriales muchas veces asintomáticas, indicativas de lesiones precancerosas; contribuyendo al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la enfermedad (Ministerio de Salud, 2019).

Los programas de cribado deben funcionar en la atención primaria de salud, para lo cual se debe utilizar pruebas apropiadas para los diferentes tipos de cánceres y deben ser accesibles a toda la población. Realizar la pruebas de

cribado es una estrategia de atención primaria que permite tener un acceso mucho más temprano que el diagnóstico clínico hospitalario.(Zaharia, 2013).

Algunos ejemplos de pruebas de cribado podemos mencionar (OMS, 2016):

- Detección de cáncer de cuello uterino mediante la técnica de cribado Inspección visual con ácido acético (IVAA).
- Detección de cáncer de cuello uterino mediante el cribado de citología vaginal a través de la técnica de Papanicolau (PAP).
- La mamografía, usada como prueba de cribado que permite detectar de manera temprana lesiones iniciales en relación al cáncer de mama.
- El tacto rectal, considerada una prueba de cribado de fácil acceso y que permite detectar lesiones asociadas a cáncer prostático.

### **Tratamiento Oportuno**

Un tratamiento específico para cada tipo de cáncer podrá efectuarse después del diagnóstico correcto, con tipificación y estadificación del cáncer (OMS, 2016).

El primer paso es determinar el objetivo del tratamiento, pudiendo ser un tratamiento curativo o paliativo. Los tratamientos curativos son específicos para cada tipo de cáncer, pudiendo incluir diversas terapias como la quimioterapia, la radioterapia, la braquiterapia, o la cirugía oncológica. Los cuidados paliativos, buscan prolongar la vida del paciente brindando la mejor calidad de vida y confort (Zaharia, 2013).

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud, existen cánceres con altas tasas de curación, siempre y cuando pueda brindarse un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno; en este grupo de patologías se encuentran los cánceres de cuello uterino, de mama, de colon. También existen algunos tipos de cánceres que a pesar del estadio avanzado en que se encuentren, pueden responder de manera favorable al tratamiento instalado, por ejemplo, leucemia, linfoma infantil, seminoma (OMS, 2018).

### **Cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos buscan disminuir la intensidad de los síntomas provocados por el cáncer, con lo que se pretende mejorar el estado de la calidad de vida del paciente y de sus familiares, ofreciendo los cuidados necesarios, confort y calidez humana. Esta estrategia suele existir en aquellos lugares donde existe un gran número de enfermos en estadios avanzados que ya no pueden recibir tratamientos curativos (Zaharia, 2013).

Según la OMS, se ha evidenciado los beneficios de los cuidados paliativos en pacientes, sobre todo terminales, considerándose que 9 de cada 10 pacientes en estas situaciones logran calmar o paliar sus molestias (OMS, 2018).

### **1.2. Justificación de la investigación**

En el Perú, el cáncer es un problema de salud pública, al mismo tiempo una prioridad sanitaria para las Instituciones de Salud, debido a la alta tasa de mortalidad por lo tardío del diagnóstico, así como por el incremento en su incidencia; se estima un aproximado de 45.000 casos nuevos encontrados

anualmente, de los cuales, más de las tres cuartas partes corresponden al estadio clínico terminal.

En los varones se reportan anualmente casos nuevos que reflejan cifras elevadas, como por ejemplo en el caso de cáncer de próstata las cifras bordean los 4.000 casos, para cáncer de estómago 2.000 nuevos casos y en cáncer de pulmón un aproximado de 1.500 casos. En el caso de las mujeres, el cáncer de cuello uterino es el que muestra mayor incidencia con 4,700 casos, en tanto el cáncer de mama reporta más de 4,500 casos; en tercer lugar cáncer gástrico reporta 2,000 casos nuevos al año.

La mortalidad es el evento más trágico para la población, pudiendo existir un porcentaje considerable de muertes evitables. Según la OMS, el cáncer es la tercera causa de muerte en países de Latinoamérica. La expectativa de vida de la población en los últimos años ha mostrado un crecimiento, lo que podría estar asociado a las mejores formas y estrategias de control de las enfermedades infecciosas, parasitarias y perinatales; este fenómeno influye en el crecimiento de las poblaciones con edades más avanzadas, lo que puede ser un determinante en la incidencia de cáncer. Zaharia (2013) menciona que existe una combinación de determinantes ambientales y demográficos que estarían en relación al incremento en la incidencia del cáncer, mencionando entre ellos al incremento poblacional, una mayor expectativa de vida, una preferencia por la dieta del tipo occidental, y la urbanización.

Por tanto, es necesario e importante conocer la situación real del cáncer en la población asegurada de Es Salud en la Red Asistencial Ancash, desde el punto de vista de los aspectos epidemiológicos y clínicos a fin de tener

información que permita plantear estrategias orientadas a fortalecer las políticas de detección temprana y preventiva de la enfermedad, lo que beneficiará a la población expuesta a riesgos de adquirir algún tipo de neoplasia maligna.

Además, los resultados obtenidos permitieron conclusiones extrapolables a otras Instituciones de salud, siendo este un aporte científico.

Realizado la búsqueda de información local, no se encontró trabajos similares, lo que lo convierte en un aporte innovador y original. De otro lado, el estudio no implicó mayores costos, para lo cual se contó con el apoyo de la División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ancash de Es Salud.

## **1.2. El problema**

El problema del cáncer en el ámbito nacional y en el mundo se ha incrementado durante los últimos años de manera galopante. Se estima en el Perú más de 66 000 casos nuevos de cáncer y más de 32 000 personas fallecidas por esta enfermedad, cada año (Ministerio de Salud, 2019). A nivel mundial se reportan más de 32 millones de pacientes con esta patología, con una mortalidad de 8,2 millones de personas al año por este complejo patológico.

Según la OMS, el número de nuevos casos de cáncer seguirá incrementándose, a pesar de las políticas y enormes sumas de dinero que se usan para combatirlo. Este incremento puede atribuirse a la presencia de distintos determinantes sociales de la salud, tales como la pobreza, la falta

de educación, el incremento poblacional y la urbanización; así como a factores de riesgo, como, por ejemplo, el alcoholismo, el tabaquismo, las dietas occidentales, el sedentarismo o limitada actividad física, la obesidad y el sobrepeso. La OMS sostiene que cada año ocurren más de 14 millones de casos nuevos de cáncer, y estima que dicha cifra pueda hasta triplicarse en los próximos 20 años; siendo los más prevalentes el cáncer pulmonar en varones y mamario en mujeres (OMS, 2018).

Del total de casos de cáncer en el mundo, el 57% ocurren en países en desarrollo. En el origen o determinación de la enfermedad, existen otros factores implicados como las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), el virus de la hepatitis B, el virus de la inmunodeficiencia adquirida, el helicobacter pylori y el virus linfotrópico T humano (HTLV-I), resaltando que hay un mayor índice de prevalencia en países en desarrollo o de bajos y medianos ingresos (OMS, 2018).

En el Perú, el cáncer ha llegado a ocupar el primer lugar como causa de muerte desde el año 2015, siendo responsable de 130 defunciones por cada cien mil habitantes. Así también, existe una curiosa distribución de la mortalidad según cada una de las regiones naturales, esto se sustenta en los reportes de mayor mortalidad por cáncer de próstata y cáncer de pulmón en departamentos de la región costa; en tanto que en departamentos de la sierra central se reportan mayores casos de cáncer gástrico, y en departamentos de la selva encontramos una mayor mortalidad por cáncer uterino y mamario (Ministerio de Salud, 2019).

En el 2016, el Ministerio de Salud peruano realizó el Estudio Nacional de Carga de Enfermedad, este trabajo reportó la cifra de 365.387 años de vida saludable perdidos (AVISA) por causa del cáncer, representando casi un 7% de la carga de enfermedad nacional, de un total de 5.315.558 de AVISA por todas las enfermedades (Ministerio de Salud, 2019).

Económicamente, el cáncer también supone un impacto sustancial y en aumento, estimándose un costo total atribuible de 1.16 billones de dólares americanos en todo el mundo en el año 2016. Esto se complica debido a que muy pocos países en el mundo, cuyos ingresos son medianos o bajos (uno de cada cinco) tiene información que les permita implementar políticas y estrategias de lucha que controlen la enfermedad (OMS, 2016).

De otro lado, Perú mostró incrementos en la tasa de incidencia de todos los tipos de cánceres, específicamente en 2 períodos, entre el año 1968 al año 1979, y durante los años 2004 al 2005, lo que se evidencia en los que reportaron un aumento de 152,2 a 174,0 casos por 100 000 hombres y en el caso de las mujeres un incremento de 166,8 a 187,0 casos por 100 000 (Ministerio de Salud, 2019).

En base a lo expuesto, nos planteamos el siguiente problema:

*¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del cáncer en la población asegurada a Es Salud en la Red Asistencial Ancash durante el año 2019?*

#### **1.4. Conceptuación y operacionalización de las variables**

##### **Características clínicas del cáncer.**

Las características clínicas del cáncer están determinadas por los síntomas y signos que se presentan. Desde el punto de vista clínico, los signos son las manifestaciones que se pueden verificar, objetivar u observar durante el examen físico del paciente. En tanto los síntomas constituyen manifestaciones subjetivas que son percibidas solamente por el paciente, siendo el ejemplo más frecuente, el dolor.

##### **Características epidemiológicas del cáncer.**

Aquellas categorías que incluyan la distribución de la enfermedad en grupos de población específicos, analizando también, los factores de riesgo a los que la población está expuesta.

##### **Operacionalización de variables**

(Ver anexo 1)

#### **1.5. Hipótesis**

Debido al tipo de estudio descriptivo, no se plantea ninguna hipótesis.



## **1.6. Objetivos**

### **6.1. Objetivo general**

Determinar las características clínicas y epidemiológicas del cáncer en la población asegurada a EsSalud en la Red Asistencial Ancash durante el año 2019.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Establecer la incidencia y tipos de cáncer en la Red Asistencial Ancash – EsSalud durante el año 2019.
- Identificar los aspectos clínicos del cáncer en la población de la Red Asistencial Ancash- EsSalud durante el año 2019.
- Identificar aspectos epidemiológicos del cáncer en la población asegurada en EsSalud - Red Asistencial Ancash, 2019.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

Tipo de investigación:

Estudio, descriptivo, transversal, cuantitativo, retrospectivo.

Diseño de investigación



## 2.2. Población y muestra

### **Población:**

Pacientes con cáncer diagnosticados durante el año 2019 en la población asegurada en EsSalud – Red Asistencial Ancash (Total: 204).

### **Muestra:**

Estuvo conformada por el total historias clínicas de paciente con cáncer que cumplan los criterios de inclusión y exclusión: 156 casos.

### Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer adscritos a Es Salud – Ancash.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados de cáncer durante el año 2019.
- Historias clínicas de pacientes con cáncer que contengan la información completa requerida en el instrumento de recolección de información.

### Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes con cáncer no adscritos a Es Salud.
- Historias clínicas de paciente con cáncer que no corresponden al año 2019.

- Historias clínicas de paciente con cáncer con información incompleta.

### **2.3. Técnicas e instrumentos de investigación**

*Técnicas:*

Recolección de información: Encuesta.

**Instrumento:**

Se diseñó un instrumento: Ficha de Recolección de Datos, con el contenido de los ítems que respondían a las dimensiones y estas a los objetivos específicos y al objetivo general (Ver anexos).

### **2.4. Procesamiento y análisis de la información**

- Se reunieron todas las fichas aplicadas.
- Se depuraron y eliminaron aquellas fichas que no contaban con la información requerida.
- Consolidación de las Fichas de Recolección de información.
- La información obtenida se procesó mediante el software estadístico: SPSS 23.
- Análisis e interpretación de la información procesada. Se usaron tablas estadísticas, con datos absolutos y porcentuales.
- Se elaboró el informe final para su presentación.

### 3. RESULTADOS

Durante el año 2019, la Red Asistencial Ancash - EsSalud, reportó 204 casos de cáncer, entre casos presuntivos y confirmados. De ellos se obtuvo información completa de 156 casos, los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Los 48 casos restantes se encuentran en proceso de estudio para confirmar o descartar el diagnóstico. Los registros revisados, además de las historias clínicas, son parte del Sistema de Vigilancia de Cáncer o Registro de cáncer que se viene trabajando desde hace algunos años en la Seguridad social del Perú (EsSalud), a nivel nacional, en el marco de priorizar el proceso de atención de pacientes con neoplasias malignas, desde su detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior al tratamiento que se decida instalar en cada caso, para lo cual se ha estructurado un trabajo coordinado en Macro Redes de información nacional.

Con la información tabulada se elaboraron las siguientes tablas:

**TABLA 1.**

***Incidencia de cáncer según edad y sexo en la Red Asistencial Áncash – EsSalud, durante el año 2019***

<b>Edad (años)</b>	< 30		30 a 40		41 a 50		51 a 60		61 a 70		71 a 80		> 80		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
<b>Sexo</b>																
Masculino	1	0,64	1	0,64	1	0,64	4	2,56	17	10,89	30	19,23	23	14,74	77	49,36
Femenino	3	1,92	7	4,87	7	4,87	14	8,97	22	14,10	15	9,62	11	7,05	79	50,6

Total 4 2,56 8 5,12 8 5,12 18 11,54 39 25 45 28,85 34 21,79 156 100

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

En la tabla 1 se muestra una incidencia similar de cáncer en pacientes de acuerdo al sexo. mientras que según la edad hay una mayor predominancia en el grupo de 71 a 80 años, con 45 caso (28,85%), seguido del grupo entre 61 a 70 años de edad con 39 casos (25%) y el grupo mayor de 80 años con 34 casos (21,79%). A pesar que a menor edad la incidencia es bastante menor, sin embargo, 12 casos es una cifra importante a considerar.

**TABLA 2.**

***Grado de instrucción en pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud durante el año 2019.***

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	12	7,69
Primaria	61	39,10
Secundaria	64	41,02
Superior Técnica	6	3,84
Superior Universitaria	13	8,33
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

El grado de instrucción en los temas de salud, sobre todo cuando se requiere el involucramiento de la población en los temas preventivos y de detección de los daños de manera temprana, y la posterior adherencia a las conductas terapéuticas, es muy importante.

En la tabla 2, se evidencia una muy elevada incidencia de cáncer en personas con un nivel de instrucción medio: educación primaria en 61 casos (39,10%) y secundaria en 64 casos (41,02%).

**TABLA 3**

*Condición de usuario en pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.*

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Titular	38	24,36
Seguro agrario	2	1,28
Pensionista	94	60,25
Conyugue	19	12,17
Concubino	3	1,92
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

La condición de usuario se refiere al tipo de derecho adquirido por los usuarios y que permiten acceder a los servicios de salud, por consiguiente, a la atención de la salud en sus tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En la tabla 3 observamos que en 94 casos (60,25%) se refiere a la condición “pensionista”, lo que se centraliza en la población adulta y adulta mayor. En segundo lugar, aparece la condición de “titular”, se refiere al trabajador activo. En ambos casos hay un efecto distinto en la Carga de Enfermedad.

**TABLA 4**

***Procedencia de pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial  
Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Chimbote	100	64,10
Nuevo Chimbote	30	19,23
Santa	6	3,84
Casma	5	3,20
Coishco	3	1,92
Nepeña	2	1,28
Pallasca	2	1,28
Otros	8	5,12
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

Epidemiológicamente, la procedencia y el lugar de trabajo son determinantes importantes en el origen de las enfermedades. En la tabla 4, vemos que el mayor número de pacientes con cáncer diagnosticados durante el año 2019 en Es Salud – Ancash (100 casos: 64,10%), procedían de Chimbote, aunque no todos hayan nacido en este distrito; en segundo lugar se muestra al distrito de Nuevo Chimbote con 30 casos (19,23%). Otros distritos con menor porcentaje fueron Santa con 3,84% y Casma con 3,20%.

**TABLA 5**

*Paciente con cáncer, que presentaron antecedentes de cáncer previo, atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.*

<b>Antecedente de cáncer</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	4	2,56
<b>No</b>	152	97,44
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

El haber padecido de cáncer en una oportunidad previa, podría generar mayor vulnerabilidad para la aparición de nuevas formas de neoplasia malignas, y por tanto podría ser determinante en la gravedad del mismo.

En la tabla 5, encontramos que solo en 4 pacientes (2,56%), habían tenido otros episodios de cáncer que afectaron otros órganos, distintos al problema actual. Los cuatro casos identificados fallecieron durante el año evaluado.

**TABLA 6**



***Comorbilidad en pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial  
Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

<b>Variable (*)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Insuficiencia Respiratoria Aguda	8	5,13
Neumonía bacteriana	8	5,13
Hemorragia digestiva	3	1,92
Encefalopatía	2	1,28
Secuela de infarto cerebral	2	1,28
Enfermedad Pulmonar Intersticial	2	1,28
Anemia tipo no especificado	2	1,28
Desnutrición proteico calórica	1	0,64

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

(\*) No excluyente

Del mismo modo, la variable comorbilidad es muy importante como determinante de riesgo de gravedad y pronóstico de toda enfermedad en general, y del cáncer en forma particular.

La tabla 6 muestra distintos tipos de comorbilidad, no excluyentes, en algunos de los pacientes evaluados. Las patologías o estados mórbidos más importantes fueron: Insuficiencia respiratoria aguda en 8 casos (5,13%); igual número de casos se asociaron a neumonía bacteriana (8 casos). Tres casos (1,92%) concomitaron con hemorragia digestiva. Otras patologías asociadas a cáncer, pero con menor incidencia fueron: encefalopatía, secuela de infarto cerebral, Enfermedad pulmonar intersticial, anemia y desnutrición.

**TABLA 7**

***Forma como se llegó al diagnóstico en pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

Variable	f	%
Hallazgo incidental por imágenes	58	37,17
Hallazgo clínico incidental	55	35,25
Programa de detección / tamizaje	30	19,23
Presentación clínica (con síntomas)	7	4,87
Hallazgo incidental por exploración endoscópica	5	3,20
Hallazgo incidental por exploración quirúrgica	1	0,64

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

El concepto básico de la prevención secundaria es: diagnóstico temprano / tratamiento pertinente. Existen estrategias o programas para realizar tamizajes en algunos cánceres.

La forma de cómo se llega al diagnóstico de cáncer es vital, dado que podríamos estar en un caso temprano que nos da la posibilidad de un mejor abordaje terapéutico y pronóstico.

En la tabla 7 evidenciamos que en el mayor número de caso se pudo llegar al diagnóstico mediante un hallazgo incidental por imágenes, 58 casos (37,17%), seguido del hallazgo clínico incidental: 55 casos (32,25%). En tercer lugar y en solo 30 casos (19,23%) de cáncer se llegó al diagnóstico por medio de los programas de detección y tamizaje.

**TABLA 8**

***Tiempo de enfermedad en paciente con cáncer, atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019***

<b>Tiempo en días</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Menor de 90	1	0,64
90 a 180	6	3,84
180 a 365	13	8,33
365 a 540	11	7,05
540 a 720	4	2,56
Más de 720	18	11,54
No determinado	110	70,51
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

El tiempo de enfermedad es el periodo aproximado en el que el paciente expresa alguna sintomatología, pero muchas veces es difícil establecer el periodo de inicio, debido al cuadro subclínico, donde las manifestaciones bajo el horizonte clínico son leves y poco específicas. El tiempo de enfermedad también es un determinante que influye en la gravedad, el desarrollo de la enfermedad y el pronóstico.

Los registros de vigilancia de cáncer evaluados mostraron que en el 70,51% de casos, no se pudo establecer una aproximación temporal de la enfermedad, por lo antes explicado. En 18 casos (11,54%) se estableció un tiempo de más de 24 meses, seguido de 13 casos (8,33%) con un tiempo de 6 a 12 meses y en 11 casos (7,05%) un tiempo de 12 a 18 meses.

**TABLA 9**

***Diagnósticos clínicos finales en pacientes con cáncer, atendidos en la Red Asistencial Ancash - Es Salud durante el año 2019.***

<b>Variable (*)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Tumor maligno de piel	39	25
Tumor maligno de próstata	32	20,51
Tumor maligno de mama	13	8,33
Tumor maligno cuello uterino	11	7,05
Tumor maligno de colon	10	6,41
Tumor maligno de estomago	9	5,76
Linfoma no Hodgkin	9	5,76
Tumor maligno de glándula tiroides	7	4,48
Tumor maligno de riñón	4	2,56
Tumor maligno de recto	3	1,92
Tumor maligno de endometrio	3	1,92
Tumor maligno de ovario	3	1,92
Tumor maligno de páncreas	3	1,92
Tumor maligno de bronquios y pulmones	3	1,92
Otros	13	8,33

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

(\*) No excluyente

El diagnóstico clínico final, es el diagnóstico definitivo y confirmado a partir del cual se establecen una serie de propuestas terapéuticas y pronósticas.

La tabla 9 muestra los siguientes diagnósticos clínicos de cáncer: 39 casos (25%) con tumor maligno de piel. En segundo lugar, el tumor maligno de próstata con 32 casos (20,51%); 13 casos (8,33%) con tumor maligno de mama; 11 casos (7,05%) con tumor maligno de cuello uterino, entre los principales.

**TABLA 10**

***Diagnostico histológico (anatomo-patológico) en pacientes con cáncer, atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Adenocarcinoma tipo acinar	29	18,58
Carcinoma baso celular	30	19,23
Carcinoma poco diferenciado	17	10,89
Adenocarcinoma infiltrante	16	10,25
Carcinoma escamoso medianamente diferenciado	13	8,33
Linfoma poco diferenciado	11	7,05
Carcinoma papilar	10	6,41
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	8	5,13
Carcinoma epidermoide moderadamente dif.	7	4,48
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	4	2,56
Adenocarcinoma bien diferenciado	4	2,56
Carcinoma bien diferenciado	3	1,92
Carcinoma seroso	3	1,92
Sarcoma	1	0,64
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

La tabla 10 nos permite observar la variedad de diagnósticos desde el punto de vista anatomopatológico. El carcinoma baso celular fue el principal reportado con 30 casos (19,23%), adenocarcinoma tipo acinar en 29 casos (18,58%); el carcinoma poco diferenciado en 17 casos (10,89%) y adenocarcinoma infiltrante en 16 casos (10,25%), entre los principales.

**TABLA 11**

***Bases del diagnóstico en pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Citología o hematología lamina	127	81,41
Histología de tumor primario	14	8,97
Por imágenes: Rx, ecografía, TAC, RM.	2	1,28
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

La confirmación del diagnóstico clínico es necesario para tener el diagnóstico definitivo. Existen una serie de métodos diagnósticos orientados para tales fines.

En la tabla 11 se muestran los métodos diagnóstico en los pacientes con cáncer atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud durante el año 2019. El 81,41% de casos (127) se realizó mediante citología o hematología de lámina; en segundo lugar, se realizó el diagnóstico mediante histología de tumor primario en 14 casos (8,97%) y por imágenes, ya sea por medios radiográficos, ecográficos, tomografía axial computarizada o resonancia magnética en dos casos (1,285).

**TABLA 12.**

***Tratamiento inicial en pacientes con cáncer atendido en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

<b>Variable (*)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Cirugía	80	51,28
Quimioterapia	21	13,46
Radioterapia	16	10,25
Cuidados paliativos	7	4,48
Desconocido	47	30,12

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

(\*) No excluyente

El tratamiento en un paciente con cáncer va a depender de una serie de factores o determinantes: órgano afectado, severidad del cuadro, nivel de invasión a otros órganos, comorbilidad, edad, estadio clínico, entre otros.

Además, un paciente puede recibir más de un tipo de tratamiento.

La tabla 12 muestra que el mayor número de pacientes se sometieron a cirugía, 80 casos (51,28%), seguido de quimioterapia en 21 casos (13,46%) y radioterapia en 16 casos (10,25%). Se debe resaltar que en 47 casos (30,12%) se desconoce el tratamiento recibido, debido que fueron referidos a establecimientos de mayor complejidad para su manejo.

**TABLA 13**

***Status o evolución de pacientes con cáncer, atendidos en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, durante el año 2019.***

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Paciente vivo	130	83,33
Paciente fallecido	26	16,66
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de Vigilancia de cáncer – División de Inteligencia sanitaria. Es Salud

El pronóstico y evolución de una enfermedad también depende de una serie de factores o determinantes. El cáncer siempre se ha configurado como una enfermedad altamente mortal, sin embargo, en la actualidad el avance de la ciencia y la tecnología permiten mejores resultados terapéuticos en estos pacientes.

La tabla 13 nos sirve para evidenciar el impacto del manejo de los pacientes con cáncer en la Red Asistencial Ancash – Es Salud durante el año 2019. 130 pacientes (83,33%) permanecían con vida; en tanto la mortalidad se presentó en 26 caso (16,66%), hasta el momento del estudio.



#### **4. ANALISIS Y DISCUSION**

Durante el año 2019 se reportaron 204 casos de cáncer en la Red Asistencial Ancash – Es Salud, de los cuales 156 fueron evaluados en el presente trabajo.

La incidencia de pacientes con cáncer no presentó diferencias de acuerdo al sexo, lo que difiere del estudio presentado por Sevillano (2014), en México, donde reporta un predominio de pacientes del sexo femenino en el 69% de casos. Así mismo el grupo de edad más preponderante en el estudio en mención fue de 59,5 años en promedio. En el presente estudio encontramos una mayor incidencia en el grupo de edad mayor de 70 años de edad, es decir adultos y adultos mayores.

Los antecedentes familiares de cáncer, el estudio de Sevillano reportó en el 29% de casos, en tanto en nuestro estudio los antecedentes de cáncer se observaron en el 2,56% de pacientes.

La comorbilidad encontrada también difiere con el estudio de Sevillano, quien reportó concomitancia con hipertensión arterial, diabetes mellitus, VPH, VIH y alcoholismo. En nuestro estudio las patologías reportadas en los pacientes con cáncer fueron insuficiencia respiratoria aguda, neumonía, anemia, hemorragia digestiva, desnutrición, entre otras.

El tipo de cáncer encontrado en el estudio de México por Sevillano fue el de mama, seguido del cáncer de cuello uterino y de próstata, entre los principales; mientras que el cáncer de piel ocupó el cuarto lugar. En nuestro

estudio el cáncer mayormente reportado fue el tumor maligno de piel, seguido del tumor maligno de próstata. El tumor maligno de mama y cuello uterino se encontró muy lejos en incidencia.

El nivel de escolaridad encontrado nuestro estudio es similar al estudio tomado en contrastación y fue el nivel secundario, seguido del primario.

Nuestros resultados también difieren del estudio realizado por Pacheco (2011) en Tacna, quien reporta como cánceres más frecuentes el de cérvix, mama y próstata, en ese orden. Predominio del sexo femenino (63,4%), edad entre 41 y 60 años (58,9%); las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus. En cuanto al tiempo de enfermedad, Pacheco encontró un periodo de 6 a 12 meses desde el inicio de la enfermedad (44,7%). En nuestro estudio, en los casos que se pudo establecer el periodo de enfermedad sobresale el mayor a 24 meses.

Respecto a tratamiento más practicado, nuestro estudio encontró resultados similares al de Pacheco, siendo la cirugía el procedimiento más realizado, asociado a quimioterapia y radioterapia. La mortalidad también fue similar con el reportado en Tacna (14,8%) en comparación al (16,66%) del presenta estudio.

De otro lado, Perdomo (2014) en su estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, reporto un predominio de casos en el sexo masculino, distinto a

los autores anteriores, incluyendo el nuestro; las edades avanzadas fueron las más prevalentes, similar a nuestro estudio. También el cáncer más diagnosticado fue el de piel en similitud al estudio realizado en EsSalud, sin embargo, el segundo más importante de Perdomo fue de pulmón, y más bien hubo muy pocos casos de cáncer de próstata. Histológicamente el cáncer más reportado por este autor fue el carcinoma basal y epidermoide, similar a nuestro estudio.

## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

- El grupo de edad con mayor predominio de cáncer fue mayor a 71 años de edad.
- No hubo predominio respecto al sexo.
- El grado de instrucción mayor en pacientes con cáncer; primaria y secundaria.
- Tipo de usuario mayormente el “pensionista”.
- La procedencia mayor fue de Chimbote y Nuevo Chimbote.
- Escasos casos con antecedentes personales de cáncer.
- La neumonía fue la comorbilidad asociada más frecuente.
- El hallazgo incidental por imágenes y clínico fueron las formas más comunes de llegar al diagnóstico.
- Los diagnósticos clínicos definitivos más frecuentes: tumor maligno de piel y de próstata.

- Carcinoma baso celular y adenocarcinoma tipo acinar las formas anatomopatologicas más frecuentes.
- Citología o hematología de lámina la base de diagnóstico más frecuente.
- La cirugía seguida de la quimioterapia y radioterapia las formas más frecuentes de tratamiento.
- Porcentaje de fallecidos: 16.66%.

## **6. AGRADECIMIENTO.**

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de los pones en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco padre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias siempre a ellos por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias hija mía por ser la fuente de mi esfuerzo y todas las energías requeridas, gracias por ser el motor de mi vida, el motor que siempre esta encendido. Te agradezco por los momentos sacrificados en nuestra vida como familia, durante la realización de mi

carrera y también que requirió el cumplimiento de esta tesis, gracias por entender el significado del sacrificio, gracias por siempre estar presente a mi lado y nunca juzgarme. El tiempo será el mejor juez, y esta carta será el mejor testigo entre el sacrificio y el éxito.

## **7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.**

Aguilera L., Alonso O. y Alonso A (2018). Epidemiología y subtipos de neoplasias linfoides. Acta Médica del Centro / Vol. 12 No. 3 2018. Cuba.

Batallanos M. (2018). Factores asociados a cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas del Hospital Nacional Dos De Mayo 2016-2017. Tesis

para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma. Lima.

Bazán M. (2017). Factores de riesgo en mujeres tamizadas para cáncer de mama. Preventorio oncológico del hospital Regional Docente Cajamarca, 2015. *Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en oncología. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú.* PP: 1 – 62.

Cabo A, Del Campo E, Rubio T, Nápoles N y Columbie J (2018). Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con cáncer de pulmón en un servicio de neumología. *MEDISAN 2018; 22(4): 394 – 405.*

Campos V. (2016). Incidencia del cáncer de próstata en el hospital Gustavo Lanatta Lujan – Es Salud – Huacho, año 2010 – 2014, Tesis presentada para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional del Centro del Perú – Huancayo. Pp: 1 – 47.

Chafloque J., Cabanillas J., Silverio E., Hirakatan C y Díaz C. (2017). Aspectos epidemiológicos y clínico patológicos de neoplasia maligna de piel no melanoma. *Rev Venez Oncol 2017; 29(3): 162 – 170.*

Instituto Nacional del Cáncer (2015). ¿Qué es el cáncer? Accedido el 15 de enero del 2020 de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.

Martinich M (2007). Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico atendidos en el hospital Regional de la ciudad de Punta Arenas. Tesis para optar el grado de magister en Salud Pública en la Universidad de Chile. Pp: 1 – 113.

Meza B. (2015). Características epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma Centro Medico Naval 2009 – 2014. Tesis para optar grado de maestra en Medicina con mención en dermatología. Repositorio Académico USMP. ): 1 – 72.

Ministerio de salud (2019). Boletín Epidemiológico del Perú. Volume 28 – DSE 05. [www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe).

Mundaca A (2018). Características clínicas, epidemiológicas de los pacientes con cáncer de vesícula del IREN Sur Perú 2010 – 2015. Tesis para optar el título profesional de médico Cirujano. Universidad nacional de san Agustín Arequipa. PP: 1 – 54.

OMS (2020). Cáncer. Obtenido el 15 de enero del 2020 de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>.

OMS (2016). Cáncer. Accedido a <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>, el 17 de enero del 2020.

Pacheco C (2011). Estudio clínico – epidemiológico del cáncer en los pacientes tratados en el hospital III D.A.C. de Es Salud Red Tacna 2007 – 2010. Tesis

parta optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. PP: 1 – 170.

Perdomo N (2014). Caracterización de los casos de cáncer en el municipio Palmira. 2004 – 2012. Universidad de Ciencias médicas de Cienfuegos Policlínico Docente Universitario Manuel “Piti” Fajardo. Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en medicina general Integral. Cuba. <https://es.slideshare.net/JoshPerdomo/tesis-caracterizacin-de-los-casos-de-cncer-en-el-municipio-palmira-20042012>.

Rafael G. (2007). Características epidemiológicas clínicas y factores pronósticos en cáncer de mama en mujeres pre menopáusicas. Oficina General del Sistema de Bibliotecas y biblioteca Central UNMSM.

Rodríguez J (2019). Características clínico – epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en hospital Cayetano Heredia octubre 2018 – Enero 2019. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Pp: 1 – 41.

Ruiz R., Serrano M., Ruiz E., Mantilla R., Valdivieso N., Olivera M..... y Gómez H. (2017). Características clínico – patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*; 34(2): 218 – 227.



Sevillano A. (2014). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con cáncer adscritos a la UMF 66. Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar. Universidad Veracruzana. México.

Soto R (2019). Características epidemiológicas del cáncer de cérvix uterino en pacientes del hospital Regional del Cusco – 2014-2018. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en atención primaria con mención en prevención del cáncer ginecológico. Repositorio académico USMP. Pp: 1 – 47.

Torres J y Vásquez C (2017). Características epidemiológicas y clínicas del carcinoma diferenciado de tiroides en el hospital José Carrasco Arteaga, 2010 – 2015. Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médica. Universidad de Cuenca. Ecuador. PP: 1 – 61.

Ybaseta J., Paccori F. y Vilca A. (2014). Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(3): 61-65. <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>.

Zaharia M (2013). El cáncer como problema de salud pública en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública; 30(1): 7-8.

## ANEXO 1

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala	Items
Características clínicas del cáncer	Conjunto de signos y síntomas durante la enfermedad.	Signos	Clasificación TNM	Nominal	Ver Ficha de recolección de información (anexo 2).
			Grado diferenciación	Ordinal	
		Síntomas.	Lateralidad	Ordinal	
		Tiempo enfermedad	Años de enfermedad.	Razón.	
		Diagnostico	Método diagnostico	Nominal	
			Topografía/Morfología.	Nominal	
		Tratamiento	Tipo.	Nominal.	
Características epidemiológicas del cáncer.	Fenómenos relacionados a la salud y los determinantes de la enfermedad.	Frecuencia	Nº pacientes.	Razón.	
		Procedencia.	Lugar.	Nominal.	
		Ocupación.	Tipo de trabajo.	Nominal.	
		Nivel instrucción.	Año de estudios.	Ordinal.	
		Estado civil.	Estado.	Nominal.	
		Comorbilidad.	Enfermedad presente.	Nominal.	
		Status del paciente	Situación del paciente.	Ordinal.	
		Causa de muerte	Causa.	Nominal.	
		Lugar de deceso	Lugar.	Nominal.	

### Anexo 2

#### Ficha de recolección de información de cáncer.



Ninguno

**Status (evolución):**      1 (  ) vive      2 (  ) Fallecido.