

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LA AMAZONIA PERUANA**

**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**



“RAFAEL DONAYRE ROJAS”

TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “FELIPE SANTIAGO ARRIOLA
IGLESIAS” DE LORETO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A
DICIEMBRE DEL AÑO 2016**

**PARA OPTAR EL TITULO DE
MEDICO CIRUJANO**

**BACHILLER EN MEDICINA
HUGO GARCIA HIDALGO**

**ASESOR
DR. RENSO LOPEZ LIÑAN**

**PUNCHANA – IQUITOS
PERU**

2017

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LA AMAZONIA PERUANA**

**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**



“RAFAEL DONAYRE ROJAS”

TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “FELIPE SANTIAGO ARRIOLA
IGLESIAS” DE LORETO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A
DICIEMBRE DEL AÑO 2016**

**PARA OPTAR EL TITULO
MÉDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR

DR. EDUARDO VALERA TELLO (PRESIDENTE)

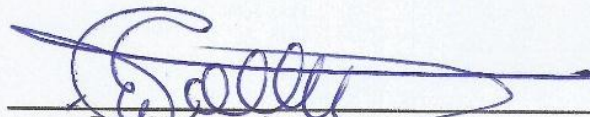
DRA. BESSY DEL PILAR FERREIRA YONG

DR. ALBERTO CHUQUICAÑA HUAYAPA

MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS



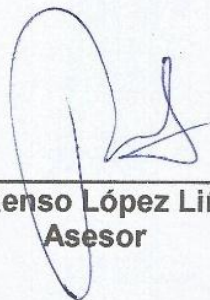
Dr. Eduardo Valera Tello
PRESIDENTE



Dr. Alberto Chiquicaña Huayapa
MIEMBRO



Dra. Bessy Del Pilar Ferreira Yong
Miembro



Dr. Renso López Liñan
Asesor

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Índice del contenido.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VI
Resumen.....	VII
Índice de Cuadros.....	VIII
Índice de Gráficos.....	IX
Capítulo I.....	10
01. Introducción.....	11
02. Planteamiento del problema.....	19
03. Justificación.....	20
04. Objetivos.....	22
Capítulo II.....	23
05. Marco teórico.....	24
06. Operacionalización de variables.....	47
Capítulo III.....	48
07. Materiales y métodos.....	49
7.1 Tipo de Investigación.....	49
7.2 Población.....	49
7.3 Criterios de inclusión.....	50
7.4 Criterios de exclusión.....	50
7.5 Materiales hospitalario.....	50
7.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	51
7.7 Análisis estadístico de los datos.....	51
7.8 Aspectos Éticos.....	51
Capítulo IV.....	53
08. Resultados.....	54
09. Discusión.....	64
10. Conclusiones.....	68
11. Recomendaciones.....	70
Capítulo V.....	71
12. Referencias bibliográficas.....	72
13. Anexos.....	78

DEDICATORIA

*Dedico esta tesis a la memoria póstuma de mi amigo y hermano: **Dennis García López**.- Por los innumerables recordatorios de nuestra niñez, adolescencia y juventud.*

HUGO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la energía pura de la divinidad, por darme la vida e iluminar mi camino a la superación, venciendo obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida.

Un especial e infinito agradecimiento a mis siempre y grandes amigos: Mis padres Alfredo y Flor de Melania; Por su gran amor, constancia, paciencia y muchos sacrificios en estos años, logrando llegar a este punto, muy importante en mi vida y convertirme en lo que hoy soy.

A mi abnegada y querida compañera: Esther, por su apoyo silencioso e incondicional, su motivación y por compartir este sueño hecho realidad, al lado de mis lindos hijos Natalia Mildred, Erick Valentín y Gabriela Esther; Ellos siempre serán mi más grande estímulo de superación, mi motivo para culminar, esta hermosa travesía en el mundo de la medicina, compartiendo buenos y malos momentos.

A mis queridos hermanos y hermanas, por sus apoyo y amistad incondicional, sus motivación y por compartir este sueño con nosotros.

Al Dr. Renso López Liñán, Asesor, por su apoyo y amistad desde los inicios de nuestra carrera. Y a nuestros Maestros de la Facultad de Medicina Humana y Residentes del HRDL "FSAI", que han cimentado y fortalecido nuestra vida profesional, inculcándonos el sentido de la responsabilidad, seriedad y rigor académico, para lograr nuestras metas, muchas gracias por sus conocimientos, consejos y constante motivación.

A nuestros familiares, amigos presentes y aquellos que nos dejaron, quienes compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas; Y a todas aquellas personas que durante estos años creyeron en mí y lograron que este sueño se haga realidad.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el perfil epidemiológico de las Neoplasias Malignas de los pacientes del departamento de Loreto, atendidos en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2016; Con la finalidad de conocer las características de las neoplasias existentes en el público usuario.

MATERIAL Y METODO: Mediante un estudio descriptivo, retrospectivo transversal, basado en la aplicación de un instrumento de recolección de datos a Historias Clínicas y resultados de Anatomía Patológica, de pacientes con diagnóstico de Neoplasia Maligna, entre Enero y Diciembre del 2016; Atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos – Perú. Los datos se analizaron usando Microsoft Excel 2013 y SPSS 18.

RESULTADOS: Se encontró predominio de neoplasias malignas en edades de 30 a 64 años (58.15 %), en mujeres (67.38 %), amas de casa (48.23 %), instrucción primaria (63.12 %). En mujeres predominó cáncer de cuello uterino (46.10 %); mientras que en varones predominó el cáncer de estómago (9.93 %). La presentación clínica predominó como método de primer diagnóstico (89.36 %).- A manera general los 5 Cánceres más frecuentes son: Cáncer de cuello uterino (46.10 %), Piel no melanoma (17.02 %), Estómago (12.77 %), Mama (4.26 %) y Cáncer de pene (3.55 %).

CONCLUSIONES: En la población atendida en este hospital, encontramos que las neoplasias malignas se presentaron más en adultos de sexo femenino, mayormente del área urbana y urbano marginal (Distritos: Iquitos, Punchana y Belén). Se observó que la mayoría acuden, con presentación clínica (estadios avanzados),

PALABRAS CLAVES: Neoplasia maligna. Perfil Epidemiológico.

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS:

ÍNDICE DE CUADROS:

CUADRO Nº 01: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU EDAD EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	54
CUADRO Nº 02: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU SEXO EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	54
CUADRO Nº 03: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN EL DISTRITO DE PROCEDENCIA EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	55
CUADRO Nº 04: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU OCUPACIÓN EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	56
CUADRO Nº 05: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	57
CUADRO Nº 06: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN MÉTODO DE PRIMER DIAGNÓSTICO EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	57
CUADRO Nº 07: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN TOPOGRAFÍA EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	58
CUADRO Nº 08: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y EDAD EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	60
CUADRO Nº 09: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y OCUPACIÓN EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICO:

GRÁFICO N° 01:	DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN LAS 05 TOPOGRAFÍA MÁS FRECUENTES EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	59
GRÁFICO N° 02:	DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES DE 30 A 64 AÑOS EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	61
GRÁFICO N° 03:	DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES DE 65 AÑOS A MÁS EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	61
GRÁFICO N° 04:	DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES MUJERES EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	62
GRÁFICO N° 05:	DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES VARONES EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016.....	62

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El cáncer se debe en todos o casi todos los casos a la mutación de algunos cromosomas, por activación de agentes físicos o químicos o de tipo genéticos de la cromatina celular.

Una pequeña cantidad de células que mutan en el organismo, producirá cáncer alguna vez, lo cual tiene varias explicaciones:

1. La mayoría de las células mutadas, tienen una capacidad de supervivencia menor que las células normales y terminan en apoptosis.
2. Muchos de las células que son potencialmente cancerosas, se destruyen por el sistema inmunitario antes que crezcan y desarrollan un cáncer
3. Se necesitan simultáneamente la presencia de varios oncogenes activados para provocar cáncer.

El cáncer termina siendo un proceso genético, que causa un desorden celular, que hace que las células se multipliquen desordenadamente y afecten todo el organismo unas veces más que otros, con cierta especificidad en algunos órganos. En la actualidad, esta enfermedad representa un gran reto social, toda vez que su incidencia aumenta con el desarrollo económico e industrial de los países, así como con el perfeccionamiento de los sistemas de salud, puesto que a mayor esperanza de vida corresponde una mayor población en la tercera edad, en las que las neoplasias aparecen con más frecuencia. El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial. En la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad, costo y por la discapacidad que produce.¹

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos.

La distinción entre una neoplasia benigna y otra maligna puede hacerse morfológicamente; además existen criterios que permiten distinguir entre tumores benignos y malignos:

- a) Diferenciación y anaplasia: Diferenciación indica el grado en que las células parenquimatosas recuerdan las células normales comparables. Las neoplasias malignas, varían desde bien diferenciadas a indiferenciadas; las compuestas por células totalmente indiferenciadas son anaplasias.
- b) Velocidad de crecimiento: Es proporcional a su grado de diferenciación, por lo que los tumores más malignos crecen de forma más rápida que los benignos.
- c) Invasión Local: Los cánceres crecen por infiltración, invasión y destrucción progresiva del tejido que los rodea. Siempre suelen estar mal delimitados del tejido adyacente normal.
- d) Metástasis: Son implantes tumorales que no guardan continuidad con el tumor primario.

El mecanismo genético y molecular de las neoplasias malignas se aclara cada día, con la aparición de nuevos acontecimientos que dilucidan su etiología; como son:

- El estudio de las anomalías cromosómicas numéricas y estructurales.
- La participación de los telómeros que evitan la pérdida de información genética durante la replicación.
- La importancia de la apoptosis, que es la muerte celular programada.
- La participación de la telomerasa para el mantenimiento de los telómeros.
- Las mutaciones puntuales.
- La presencia de oncogenes.
- La alteración de anti oncogenes ²

Son muchos los agentes que producen daño genético y que inducen la transformación neoplásica de las células. Como se consideran: carcinógenos químicos, energía radiante y microorganismos oncogénicos (principalmente virus). Se han descrito miles de agentes químicos capaces de transformar a las células in vitro y de actuar como carcinógenos en animales. Algunos de los más potentes (hidrocarburos aromáticos poli cíclicos) proceden de los combustibles fósiles o son productos de combustiones incompletas.

Otros son sustancias químicas creadas por la industria. La energía radiante, sea en forma de los rayos UV de la luz solar o como radiación ionizante de tipo electromagnético o de partículas, puede provocar transformación en prácticamente todos los tipos celulares in vitro y puede inducir neoplasias in vivo tanto en el hombre como en los animales de experimentación.

La Agencia Internacional Contra el Cáncer ha determinado en el mundo, que la mayoría (53 %) de los casos de cáncer y 60% de las muertes por cáncer, ocurrieron en los países del tercer mundo, y se han encontrado marcadas diferencias en la incidencia de las diferentes neoplasias en países pobres y países desarrollados.³

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte. En nuestro país, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte de las enfermedades crónicas, precedida por las enfermedades cardiovasculares, y es la afección que más muerte produce en el adulto de 15 a 44 años y en el niño de 5 a 14 años; en la actualidad, 1 de cada 5 muertes se produce por esta entidad.⁴

Los cánceres con mayor número de defunciones fueron: estómago (15.8%), hígado y vías biliares (10.9%) y pulmón, tráquea y bronquios (9.9%). Se observó que en el sexo masculino, las neoplasias con mayor número de defunciones fueron las de estómago (17.6%), pulmón (15.7%), tráquea y bronquios (10.8%); mientras que en el sexo femenino, los cánceres de mayor mortalidad fueron los de estómago (13.8%), hígado y vías biliares (11.9%) y cuello uterino (10.7%). La tasa de mortalidad ajustada para el año 2011 fue de 107.0 por 100,000 habitantes.

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer en el Perú fue superado por 12 departamentos obteniéndose los valores más altos en departamentos de la sierra y selva como Huánuco (150 por 100,000), Amazonas (137 por 100,000), Huancavelica (133 por 100,000), Pasco (128 por 100,000) y Junín (125 por 100,000).⁵

En Loreto existe pocos estudios sobre algunos tipos de cáncer en órganos específicos, han sido realizados de manera independiente según la localización anatómica, sin embargo existe poca información sobre epidemiología descriptiva y clínica de las neoplasias; por lo que es necesario elaborar un banco de datos confiable sobre las neoplasias malignas en el hospital referente del MINSA en Loreto, el HRDL “ Felipe Santiago Arriola Iglesias” hospital de estudio, que sirva para implementar un registro de cáncer y concientizar tanto en el aspecto preventivo promocional sobre los factores asociados y de riesgo, como en la necesidad de realizar posteriores trabajos a este nivel.

Los resultados de los antecedentes de diversos autores especialistas en epidemiología del cáncer sostienen indicadores y criterios, de mucha importancia para un mejor estudio e interpretación de la epidemiología descriptiva.

FARRERAS P y ROZMAN C. 2012. ESPAÑA, afirman que los factores ambientales son determinantes del riesgo de cáncer y explican gran parte de la variación internacional y étnica observada en las tasas de incidencia de esta enfermedad.⁶

EDWARDS BK, et al. 2013. USA. Concluye que las tasas de mortalidad han disminuido regularmente para todos los cánceres tanto en varones como en mujeres de todos los grupos raciales y étnicos entre 2001 y 2010.⁷

SIEGEL, R, et al., 2014. USA. Determina que la magnitud de la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer 1991-2010 varía sustancialmente según edad, raza y sexo, que van desde tasas de mortalidad sin variación entre las mujeres blancas de 80 años y una reducción menor del 55% entre los hombres negros de 40 años a 49 años. Además la disminución de la tasa de mortalidad podrá mejorar mediante la aplicación de conocimientos de control del cáncer en todos segmentos de la población.⁸

HERNANDEZ RAMIRES., CUBA. 2009. Revista cubana de Hematología. Cuando más numerosas son las alteraciones es más difícil el manejo de las neoplasias debido a generación de nuevas proteínas, neo vasos, supresión de antígenos protectores y supresión del sistema inmune⁹

ROBBINS R. 2010. MEXICO, las tasas de incidencia aumentan constantemente a lo largo de la vida. Esta relación entre edad e incidencia del cáncer se ha interpretado como que la edad representa el efecto acumulativo de la exposición a los carcinógenos durante su periodo de vida.¹⁰

PARDO C. 2010. COLOMBIA, La edad promedio (58,2 años), podría afirmarse que la edad de la población atendida, se relaciona directamente con la edad de desarrollo del cáncer, a su vez, y a pesar que la historia natural de la enfermedad es larga, también podría ser un reflejo del diagnóstico tardío o incluso de problemas de acceso a los servicios de salud, es necesario reunir evidencias que permita confirmar estas afirmaciones.¹¹

POUEY ENRIQUE, 2008. URUGUAY. La radiación ionizante es un factor que influye en la alteración de los genes, es un factor siempre latente, demostrado dentro de las consecuencias, meses y años después del bombardeo atómico sobre Hiroshima y Nagasaki resultando numerosa la población con diferentes formas de cáncer.¹²

SOLIDORO, ANDRES, 2009. PERU. La relación entre cáncer y alimentación es un hecho que quedo definido, estableciéndose una relación entre los canceres y la dieta. Desde entonces se han multiplicado los estudios al respecto. El fondo internacional y el instituto Americano para la investigación del Cáncer, publico en 1,907 “alimento, nutrición y prevención del cáncer: una perspectiva global” donde se resalta que se puede reducir el número de casos de canceres anuales en todo en el mundo en un 20% a 30% con hábitos alimentarios sanos, y si además se dejara de fumar el porcentaje aumentaría en un 70%.¹³

RAMOS MUÑOZ, W. & VENEGAS OJEDA. D 2013. PERÚ. Concluye que los cánceres más frecuentes en el sexo femenino son los de cérvix, mama y estómago; mientras que, en el sexo masculino los más frecuentes son los de estómago, próstata y piel. El cáncer en el sexo femenino se presenta a edades más tempranas (40 y 69 años) en comparación con el sexo masculino (60 y 79 años).¹⁴

DIAZ C. 2011. LAMBAYEQUE-PERÚ, concluye que el cáncer de mama es el más frecuente en el registro hospitalario de cáncer, seguido de cáncer de piel, cáncer de próstata, cáncer de cérvix, cáncer de estómago, cáncer de glándula tiroides, cáncer de colón.¹⁵

DÍAZ-VÉLEZ C., PEÑA-SÁNCHEZ R. 2012. LAMBAYEQUE-PERÚ, Concluyen que el número de incidentes y prevalentes de cáncer han aumentado del 2007 al 2010, la sobrevida se encontró asociada a una disminución del tiempo de referencia y menor demora en el inicio del tratamiento.¹⁶

BONILLA O. 2012. CHICLAYO-PERÚ, encuentra una incidencia global de neoplasias malignas de 6.2%, siendo las más frecuentes, cáncer de piel 15.7%, mama 10%, cérvix 9.7%, estomago 7.8% y próstata 7.2%, colon 5.9%.¹⁷

DIRESA – LORETO 2009. Registra las estadísticas de morbilidad atendida en hospitalización del servicio de ginecología del HRL, de donde 1,234 mujeres egresaron, de ellas 80,63% eran mayores de 20 años y 3,56% tuvieron el diagnóstico de cáncer de cuello uterino. En el 2,012 se diagnosticó 60 casos de cáncer de cérvix; el 2013 de 1099 mujeres, 82 fueron diagnosticados de cáncer de cuello uterino que se ubicaba en el cuarto lugar de los tipos de cáncer más frecuentes, de ellas 38 tienen entre 20 a 44 años de vida, 11 entre 45 a 49 años de vida, 21 entre 60 a 64 años de vida y 12 de 65 a más años de vida.¹⁸

NUÑEZ, C. 2011 - Loreto; De las 2,000 mujeres estudiadas, en 45 casos se encontró lesiones intra epiteliales de alto grado o carcinoma escamoso invasivo, los afectados no acuden a ser atendidos en los centros de salud u hospitales, por ello tenemos un distorsionado perfil epidemiológico, que muchas veces contribuyen a desviar las políticas de salud. Demostrando en este estudio que el 17.4% de las mujeres han adquirido el PVH en algún momento de su vida.¹⁹

LOZA, L. COMP, 2010 - Loreto. Existe poca cobertura sanitaria en la región, con respecto a la atención de las mujeres que sufren cáncer y que viven en condiciones de pobreza y vulnerables. El HRL “Felipe Santiago Arriola Iglesias” es el principal centro de referencias del departamento, por ello, es constante la llegada de pacientes con problemas de salud complejos, quienes requieren una atención especializada.²⁰

MELLENDES ARAUJO, Elena, 2005. En Loreto se encontró que el tipo de cáncer más frecuente en varones son las neoplasias hematológicas, en segundo lugar los tumores cerebrales; y en las mujeres el cáncer más frecuente es el de cuello uterino y en segundo lugar el cáncer de mama, semejante a lo reportado en los registros de cáncer existentes en otras ciudades y en otros países de América Latina.²¹

La presente investigación *Justifica* su desarrollo porque, el cáncer es un problema de salud pública a nivel Regional.

Asimismo porque en las instituciones de referencia nacional como Es Salud se han atendido recientemente (año 2015): 109,040 consultas por cáncer, mientras que en el INEN 231,238.²²

Se necesita tener estadísticas reales en base a evidencias a fin de orientar a la población para que adopte medidas de protección, que ayude a mejorar la salud.

Para lo cual se enuncio el siguiente problema:

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico descriptivo de las Neoplasias Malignas en el Hospital Regional Docente de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, en el periodo de Enero- Diciembre del 2016?

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es un creciente problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad.

Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentara un 45% entre el 2,007 y 2,030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población.

En la mayor parte de los países desarrollados, el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollados, en particular en los países “en transición “y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur.

El cáncer de pulmón mata a un mayor número de gente que cualquier otro tipo de cáncer, y se prevé un aumento de esta tendencia hasta el 2030, a menos que se intensifiquen mucho las actividades de control mundial del tabaquismo.- Algunos tipos de cáncer, como los de próstata, mama y colon, son más frecuentes en los países desarrollados.²³

En el Perú mientras la mortalidad por otras causas viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud.²⁴

En nuestro medio existe poca información sobre epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas, por lo que es necesario elaborar un registro de datos, confiable sobre las neoplasias malignas.

Para lo cual se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es el perfil epidemiológico descriptivo de las neoplasias malignas en el Hospital regional docente “Felipe Santiago Arriola Iglesias” de Loreto, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2016?

3. JUSTIFICACION:

La agencia internacional contra el cáncer ha determinado que la mayoría 53 % de los casos de cáncer y 60 % de las muertes por cáncer, ocurrieron en los países del tercer mundo, y se han encontrado marcadas diferencias de incidencia de las diferentes neoplasias en países pobres desarrollados.

En nuestro país, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte de las enfermedades crónicas, precedida por las enfermedades cardiovasculares, y es la afección que más muerte produce en el adulto de 15 a 44 años y en el niño de 5 a 14 años; en la actualidad, 1 de cada 5 muertes se produce por esta entidad.

La presente investigación justifica su desarrollo porque el cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, y en nuestro país, la segunda causa. Según datos del ministerio de salud en el periodo 2006 – 2011 la mortalidad fue de 107 por 100,000 habitantes; incrementándose en varias regiones.²⁵

Los pacientes que en la Región de Loreto, presentan enfermedades relacionadas con cáncer, los cuales reciben limitada o nula atención especializada y necesitan ser derivadas al instituto nacional de enfermedades neoplásicas, para el diagnóstico final y manejo.

La firma del convenio del 29 de Octubre del año 2009, entre el HRL/INEN, daba nueva visión en el diagnóstico y manejo del cáncer para la región, pero al momento su infraestructura está en construcción. Es este estudio el que ayudaría a complementar la base de datos necesaria para considerar la epidemiología aproximada de la enfermedad, al momento del manejo de casos.

El presente trabajo pretende llenar el espacio existente, relacionado con el perfil epidemiológico de los pacientes que presentaron cáncer en el HRL, en

vista que no existen estas referencias para valoraciones epidemiológicas y sirva de ayuda para futuras investigaciones, al comparar estos resultados con otras regiones.

Loreto tiene un hospital de tercer nivel, el que no cuenta con solvencia presupuestal.

El presente estudio permite conocer la prevalencia de cáncer en el HRDL “FSAI”, la población afectada y las características sociodemográficas asociadas.

De esta manera se contribuye con la información sobre cáncer en el HRL, en vista de que no se encuentra estadísticas al respecto, actualizadas y confiables en la Región de Loreto.

Así mismo permite sentar las bases, de futuras investigaciones que permitan emitir otras recomendaciones a las autoridades de salud, encaminadas a la prevención de esta entidad potencialmente mortal, a fin de contribuir con la mejora de la Salud Pública Regional.

El objetivo de la investigación, fue determinar las características epidemiológicas de las neoplasias malignas, de los pacientes del departamento de Loreto; atendidos en el HRDL “FSAI” durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2016.

4. OBJETIVOS:

a. OBJETIVO GENERAL: Describir el perfil epidemiológico de las neoplasias malignas de los pacientes atendidos, en el Hospital Regional Docente de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2016.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar los tipos de neoplasias malignas; según ubicación topográfica.
- Determinar las frecuencias de los tipos de neoplásicas malignas; según edad, según sexo.
- Determinar las frecuencias de los tipos de neoplásicas malignas, según ocupación y forma de presentación.

CAPITULO II

5. MARCO TEÓRICO

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CÁNCER EN EL PERÚ.

En los últimos años, se ha reducido la prevalencia de algunos factores de riesgo en la población peruana como el consumo de tabaco y el consumo de alcohol; mientras que, la obesidad tiene tendencia ascendente. Se refuerza también la importancia de las infecciones virales (Virus del papiloma humano, virus de la hepatitis B, VIH) en la prevención y control del cáncer y de la necesidad de incrementar la cobertura de agua potable en la población peruana, particularmente en la sierra y en la selva para reducir la prevalencia de infección de *Helicobacter pylori*. Se tiene poca información acerca del bajo consumo de frutas y verduras en la población peruana pero los estudios realizados en Lima y Callao muestran una tendencia ascendente. Se evidencia además la necesidad de fortalecer los conocimientos actitudes y prácticas relacionadas a protección solar en la población.

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109,914 casos notificados en el período 2006-2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículo endotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%). Para dicho período, el 5.6% de los casos de cáncer de cérvix notificados (922/16,374), el 0.4% de los cánceres de mama (49/11,340) y el 0.2% de los cánceres de próstata (15/6,359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje.²⁶

Se estima que para el año 2,011, se produjeron a nivel nacional un total de 30,792 defunciones por cáncer con una tasa ajustada de mortalidad de 107 defunciones por 100,000 habitantes, los departamentos con mayor tasa ajustada de mortalidad por cáncer fueron Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín. La mortalidad por cáncer en el Perú para el año 2,011 muestra evidentes variaciones geográficas. Se observa elevada mortalidad por cáncer de estómago en departamentos de la sierra como Huánuco, Pasco y Cusco. Los departamentos de la selva o con parte de selva presentan las más altas

tasas mortalidad por cáncer de hígado (Amazonas, Apurímac y Madre de Dios) y por cáncer de cérvix (Loreto, Huánuco y Ucayali); mientras que, los departamentos de la costa presentan las más altas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón (Callao, Tumbes y Lima), cáncer de mama (Tumbes, Lima y Moquegua) y cáncer de próstata (Callao, Tumbes, Tacna y Lambayeque).

Con relación a la carga por cáncer, el número de años de vida saludable perdidos (AVISA) por cáncer el año 2,008 fue de 418, que constituyó el 8.0% de la carga de enfermedad nacional constituyendo el quinto grupo de enfermedades de mayor carga. Los cánceres con mayor carga fueron los de estómago, los hematológicos (Leucemias) y el de cérvix.²⁷

Los recursos humanos especializados en oncología y anatomía patológica se encuentran concentrados en Lima, Arequipa y La Libertad. Los servicios más concentrados son los de Radioterapia y Trasplante de médula ósea. Los departamentos de Piura, Cajamarca, Loreto, Cusco, Ayacucho y La Libertad cuentan con un número insuficiente de equipos de mamografía en relación a la población objetivo (Mujeres de 50 a más años) por lo que requieren fortalecerse prioritariamente mediante la adquisición de equipos.

Se realizó el análisis de vulnerabilidad territorial para cáncer a nivel departamental basado en indicadores sociales, de promoción de la salud, epidemiológico, de recursos humanos y equipamiento. Luego de calcular el índice de vulnerabilidad se encontró que los departamentos muy vulnerables para cáncer fueron Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Amazonas, Loreto y Pasco lo que implica que requieren intervención inmediata; mientras que, en condición de vulnerables se encontraban los departamentos de Piura, Cusco, Tumbes, Apurímac, Puno y San Martín, lo que implica que requieren fortalecerse en el corto-mediano plazo.

Se espera que el presente análisis de situación brinde información para la toma de decisiones y que constituya la línea de base para las intervenciones que se vienen implementando como parte del Plan Nacional para la Atención

Integral del Cáncer y Mejoramiento del acceso a los Servicios Oncológicos del Perú “Plan Esperanza”.²⁸

EL CÁNCER COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA: DETERMINANTES Y FACTORES DE RIESGO

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce.

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2,030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2,005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones.

Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2,030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100,000) que en Europa (264 por 100,000) o los EE UU (300 por 100,000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. En los EE.UU, el 60% de los casos de cáncer de

mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana.

No hay datos disponibles públicamente sobre cuánto dinero se invierte actualmente en el control del cáncer en América Latina; sin embargo, hay una variación sustancial en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a la atención general de la salud en la región, que oscila entre el 5% para Bolivia, Jamaica, Perú y Venezuela y el 10.9% para Costa Rica.²⁹

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN del año 2,008, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 157.1 casos por 100,000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (174.9 por 100,000 versus 140.9 por 100,000); si estas cifras son proyectadas a la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año se diagnostican más de 45,000 casos nuevos de cáncer.³⁰

Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permiten estimar que para el año 2,011 se diagnosticarían en Lima Metropolitana un total de 34 000 casos nuevos de cáncer; asimismo, si a estos datos se incluyen los del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa y los del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo se estima que para el año 2,015, se diagnosticarían 46,264 casos nuevos a nivel nacional. Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, encuentran para el período 2,004-2,007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100,000 habitantes

(Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0 por 100,000 versus 183.1 por 100,000 respectivamente). Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo publicados en el documento “Cancer incidence in five continents”, encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100,000 en varones y de 190.3 casos por 100,000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma). Esta situación de tasas de incidencia más altas en mujeres que en hombres constituye una situación distinta de la reportada a nivel mundial y en la región.

TABLA 1: Estimación de casos nuevos de cáncer por año para Lima Metropolitana y el país.

LIMA	
AÑOS	NUEVOS CASOS POR AÑO / PACIENTES
2,004-2,005	30,031
2,007	28,000
2,009	31,000
2,011	34,000

PERÚ	
AÑOS	NUEVOS CASOS POR AÑO / PACIENTES
2,002	35,500
2,004	39,860
2,008	42,184
2,015	46,264
2,025	51,695

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Año 2010).

En este contexto, el Estado Peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos poniendo en marcha en Noviembre del año 2,012 el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos del Perú denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2,012-SA). Se espera que el Plan Esperanza, implemente las mejores estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios oncológicos para la atención del cáncer, priorizando la población más vulnerable. El Plan Esperanza debe ser también, el principal usuario de la información generada por la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer para la toma de decisiones.³¹

DETERMINANTES SOCIALES DEL CÁNCER

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

El incremento de los casos de cáncer en nuestro país puede ser explicado por determinantes como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la pobreza, la urbanización, los cambios en la dieta, el género, la raza/etnia, entre otros.

La transición demográfica se caracteriza por la disminución de la mortalidad infantil debido a una reducción importante de las enfermedades infecciosas, de la tasa de fecundidad y de la tasa de mortalidad, lo que trae como consecuencia el envejecimiento poblacional. Estos cambios en la dinámica demográfica han generado modificaciones en la estructura de la población determinando transformaciones en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto.

Si bien el concepto de transición demográfica ha sido útil para explicar la evolución de la mortalidad y fecundidad de los países actualmente desarrollados, no ha podido explicar por completo lo que ocurre en los países latinoamericanos. En estos, los indicadores de mortalidad y natalidad se han modificado de manera distinta, más por el efecto de la diseminación de los avances tecnológicos en el campo de la salud en general, que por un desarrollo sostenido y equitativo. Asimismo, se ha dado en tiempos diferentes, más rápida que en los países desarrollados y con cierta independencia de las crisis económicas, sociales y políticas por las que ha transitado Latinoamérica durante varias décadas.³²

Omran y col. 1,971 – EEUU. Definió la transición epidemiológica como el proceso a largo plazo de cambio de las condiciones de salud de una población que incluye cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte. Las características principales de este proceso son el paso de una situación en el que predominaban las enfermedades infecciosas a otro en el que las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas degenerativas. Una investigación realizada por la Dirección General de Epidemiología evidencia que en el año 1,990, nuestro país se encontraba en fase de transición epidemiológica y que en el año 2,006, todas las regiones habían superado la transición y se encontraban en fase post transición. La transición se produjo con mayor velocidad en los departamentos de la costa, pero los efectos también pudieron observarse en las regiones de la sierra y selva.

La pobreza empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud. En la región de las Américas, dentro de un mismo país, las personas pobres tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles que aquellas con mayores recursos. Por otro lado, el costo derivado de las enfermedades no transmisibles como el cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.

La globalización ha ocasionado que las regiones que antes eran rurales se urbanicen con lo que terminan adoptando los estilos de vida de las grandes ciudades lo que ha determinado un incremento de las enfermedades no transmisibles y dentro de ellas el cáncer. La urbanización, ha traído como consecuencia la generación de mayor número de puestos de trabajo, en gran parte de carácter sedentario. El crecimiento económico junto con las innovaciones tecnológicas y las modernas técnicas de marketing han traído como consecuencia modificaciones mayores en la dieta de las poblaciones a nivel mundial, en primera instancia en los países desarrollados y luego en los países en vías de desarrollo. El régimen alimenticio moderno es muy rico en grasas y azúcares y la ingesta de sal es muy superior a los 5g/día

recomendados. La comida rápida así como los alimentos procesados con alto contenido en grasas, azúcares, sal y bajo contenido en nutrientes esenciales se están convirtiendo en las opciones alimentarias preferidas y más baratas en la Región. Estas modificaciones en la alimentación conllevan graves consecuencias, las más visibles de ellas son el sobrepeso y la obesidad (Ambos factores de riesgo para diversos cánceres) los cuales no sólo se observan en población adulta sino también en población en edad escolar.³³

Además de las diferencias socioeconómicas, otra categoría que genera importantes inequidades en salud es el género, asumido este más allá de la diferencia biológica entre sexos como el significado social de esa diferencia que refleja la construcción social de la actividad masculina y femenina, cuya diferencia se traduce en asimetrías entre hombres y mujeres en el acceso a recursos y en el poder sobre ellos. Con base en este concepto, la inequidad de género en salud no se refiere a toda desigualdad entre hombres y mujeres; se refiere a las que son innecesarias, evitables e injustas.

En asociación con otros determinantes como el género, la discriminación racial y étnica fomenta desigualdades en salud entre los individuos y grupos, y dificulta el acceso a los servicios.

En algunos países existe gran desventaja entre las mujeres y hombres afro descendientes en comparación con la población blanca. Los indígenas en Latinoamérica y el Caribe habitan generalmente en zonas rurales en las cuales no se ha generado un desarrollo equitativo en materia de infraestructura en el área de salud. Cuando estas poblaciones pueden disponer de los servicios en sus propias comunidades éstos resultan de menor calidad o no se otorgan consultas y hospitalizaciones de segundo o tercer nivel de complejidad. Por otro lado, una concepción amplia en las políticas y programas gubernamentales que incorpore los temas de empoderamiento y derechos, difícilmente alcanza a las poblaciones afro descendientes e indígenas y cuando lo hace, no se ajusta a los contextos culturales específicos.³⁴

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER

Existe evidencia de que diversos factores sumados a la carga genética incrementan el riesgo de la aparición de cánceres. El impacto en la salud pública radica en que, una reducción en la frecuencia de los factores modificables en la población general tendría impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer.

Los principales factores de riesgo para cáncer son:

- Consumo de tabaco: Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago.
- Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
- Bajo consumo de frutas y verduras: Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto).
- Dieta no saludable: El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon.
- Combustión de leña, carbón y bosta: Vinculado a cáncer de pulmón.
- Exposición a asbesto: Asociado a cáncer de pulmón (Mesotelioma).
- Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.
- Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix.
- Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.
- Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.
- Infección: Se ha encontrado asociación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, del virus de la hepatitis B

(VHB) con el hepato carcinoma y del Helicobacter pylori con el cáncer de estómago.

- Exposición a radiaciones no ionizantes: Como en el caso de la exposición a la radiación solar sin foto protección y el cáncer de piel.

Danaei y col.2010 – INGLATERRA. Encontraron que tanto a nivel mundial como en países de bajos-medianos ingresos como el nuestro, el mayor número de muertes por cáncer es explicado por factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y bajo consumo de frutas y verduras en la dieta; mientras que, en países de altos ingresos, los factores de riesgo que explican el mayor número de muertes por cáncer son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Para el caso del cáncer de cérvix, la transmisión sexual del virus del papiloma humano constituyó la principal causa de muerte en países de bajos y medianos ingresos.

La prevalencia en la población peruana de algunos de los factores de riesgo para cáncer puede obtenerse de fuentes secundarias como las encuestas poblacionales realizadas por distintas instituciones como el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), DEVIDA e investigaciones independientes.³⁵

CONSUMO DE TABACO

Las Encuestas Nacionales de Prevención y Consumo de Drogas (12 a 64 años) realizadas en población urbana de ciudades de 20,000 y más habitantes por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA (I, II, III y IV Encuestas) muestran que, en el período 1,998-2,010, la tendencia de la prevalencia del consumo de tabaco en el último año y de la prevalencia de consumo de vida han sido descendentes alcanzando su valor más bajo el año 2,010. Asimismo, el consumo de tabaco en las últimas 24 horas por las mujeres en edad fértil según las ENDES muestra también una tendencia descendente con el valor más bajo el año 2,012 (4.9%). Muestra los estudios

poblacionales más relevantes respecto del consumo de tabaco en nuestro país.

Estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud publicadas en el “Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas 2,013” encuentran una prevalencia de consumo actual en adultos de 13.3% (19.7% en hombres; 7.8% en mujeres) y en adolescentes de 19.4% (21.5% en hombres; 16.5% en mujeres).

CONSUMO DE ALCOHOL

Diversos estudios de consumo de alcohol realizados principalmente por DEVIDA y el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) encuentran una prevalencia de consumo en el último mes que varía entre 34.5% y 50.0% según el ámbito geográfico. Los datos de DEVIDA respecto de la prevalencia de consumo de alcohol en el último año en personas de 12 a 65 años de edad, evidencian una tendencia descendente pasando de 79.6% el año 1,998 a 54.7% el año 2,010.

BAJO CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS

No se cuenta con estudios nacionales de prevalencia de bajo consumo frutas y verduras. Los estudios realizados por la Universidad de Lima durante el período 2,007-2,009 a través de una encuesta poblacional en Lima y Callao mostraron una tendencia ascendente de la proporción de personas con bajo consumo de frutas y verduras; de acuerdo al último estudio realizado el año 2,009, cerca de la mitad de las personas encuestadas tenía un bajo consumo de frutas en su dieta y cerca de la tercera parte tenía un bajo consumo de Verduras.

El estudio PREVENCIÓN realizado el año 2,006 encontró que el 34.5% de la población adulta de Arequipa Metropolitana tenía una baja frecuencia de consumo de frutas y el 33.3% tenía baja frecuencia de consumo de verduras.³⁶

OBESIDAD Y SOBREPESO

El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollar cánceres de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El único estudio que evalúa la prevalencia a nivel nacional de obesidad en hombres y mujeres es la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas (ENIN-BSC) realizada por el Instituto Nacional de Salud, que encontró una prevalencia de 16.5%.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizada por el INEI el año 2,012, encontró en mujeres en edad fértil una prevalencia de 17.9%. Entre el período 2,003-2,007, los estudios de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (FRENT) realizados por la Dirección General de Epidemiología (DGE-MINSA)(47) encontraron prevalencias de obesidad entre 17.5% y 23.1% en pobladores de algunas ciudades de la costa (Tumbes, Trujillo, Lima-Callao y Villa El Salvador); mientras que, en ciudades de la sierra, los estudios realizados por la Dirección General de Epidemiología y Medina-Lezama (34,35), encontraron prevalencias de 17.5% y 17.6% en Huancayo y Arequipa respectivamente.

Los estudios realizados por el Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas (CRONICAS) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia han encontrado una prevalencia de obesidad de 3.0%, 20.0% y 33.0% en poblaciones rural, migrante y urbana respectivamente. Para el caso del sobrepeso la ENIN-BSC encontró una prevalencia de 35.3%; asimismo, la ENDES del año 2,012 encontró en mujeres en edad fértil una prevalencia de sobrepeso de 34.7%. Entre el período 2,003 – 2,007, estudios realizados por la DGE-MINSA encontraron prevalencias entre 34.8% y 38.2% en pobladores de ciudades de la costa; mientras que, en ciudades de la sierra, los estudios realizados también por la DGE-MINSA y Medina-Lezama encontraron prevalencias de 17.5% y 17.6% (Huancayo y Arequipa respectivamente).

Las ENDES realizadas periódicamente muestran que para el período 2,000-2,012, la tendencia del porcentaje de mujeres en edad fértil afectadas por sobrepeso y obesidad es ascendente, lo que representaría un incremento importante en los próximos años de los cánceres vinculados a ambos factores. Si bien es cierto que no existen datos publicados que evidencien una tendencia en varones, presumiblemente la situación sería similar.

De todas las fuentes revisadas puede concluirse que, a nivel nacional, al menos 1 de cada 2 peruanos con edad mayor o igual a 20 años tiene sobrepeso u obesidad, fenómenos que es consistente con los resultados de las investigaciones regionales. La prevalencia de sobrepeso/obesidad es mayor en Lima y en las ciudades de la costa y menor en los ámbitos rurales.³⁷

INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

La infección por *Helicobacter pylori* constituye un factor de riesgo para cáncer de estómago el cual representa la principal causa de mortalidad por cáncer en el Perú. Diversos estudios muestran que el 50% de la población mundial se infecta en algún momento en la vida y que 1-3% de los infectados desarrollan cáncer gástrico en el tiempo.

La ingesta de agua contaminada constituye el mecanismo más importante de infección en países en vías desarrollo. Las primeras evidencias sobre la ruta de transmisión acuática de este microorganismo a humanos fueron aportadas por estudios epidemiológicos realizados en países en vías de desarrollo como Perú, Colombia, Chile y Venezuela.

En Lima, Klein et al. 1,991. encontraron que la prevalencia de *Helicobacter pylori* en niños de 2 meses a 12 años de edad fue de 48% la cual estuvo asociada al consumo de fuentes externas de agua (drenaje comunitario). Esto fue confirmado por los mismos autores (1,996) en un estudio en el que se obtuvo 48 muestras de agua de pueblos jóvenes de Lima y en el que se confirmó mediante reacción en cadena de la polimerasa la presencia de *Helicobacter pylori* en 24 de ellas (50.0%).

Los resultados de estos estudios indican que el agua puede ser un intermediario en la transmisión fecal-oral, actuando como un reservorio en el cual la bacteria puede permanecer por períodos prolongados. El consumo de agua no tratada es considerado un factor de riesgo para la infección en poblaciones.

En nuestro país, en los últimos años se ha producido un incremento de la cobertura del servicio de agua potable lo cual ha sido documentado a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). Así, el acceso sostenible a agua potable a nivel nacional ha pasado de 71.5% en el año 2,001 hasta 76.2% el año 2,010, lo que representa un incremento del 6.69%. Para el año 2,010, el porcentaje de acceso a agua potable en la costa era de 87.7%, en la sierra de 65.6% y en la selva de 55.5%. Puede observarse que el incremento de la cobertura de agua potable es insuficiente en la población, particularmente en la sierra y en la selva.

Aún el disponer de agua potable no es suficiente en la prevención de la infección, *Helicobacter pylori* es más resistente al cloro que las bacterias coliformes comunes y permanece viable en el agua por varios días, lo que favorece su transmisión.

En un estudio realizado por el Grupo de Fisiología Gastrointestinal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la Universidad Johns Hopkins, se demostró que el agua de la Atarjea, central de procesamiento desde donde se distribuye el agua al resto de la ciudad de Lima, presentaba material genético de la bacteria *Helicobacter pylori*.³⁸

INFECCIÓN POR EL VPH

Se estima que casi todos los cánceres de cérvix son ocasionados por el VPH y que los subtipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cérvix. La infección por el VPH es muy frecuente y se

estima que el 80% de la población adulta sexualmente activa se infecta subclínicamente por algún subtipo de este virus en su vida.

La infección persistente por los subtipos oncogénicos es la causa principal de cáncer de cérvix, siendo los de más alto riesgo los subtipos 16, 18, 31, 33 así como 35, 39 y 45 (que a su vez se asocian a displasia moderada, severa y cáncer de cérvix); mientras que los de menor riesgo (subtipos no oncogénicos) son los 6, 11, 40, 42, 43, 54, etc. Recientemente se ha implementado en nuestro país la vacunación contra el VPH, utilizando la vacuna tetravalente (que incluye los subtipos 16, 18, 6 y 11), de allí que es importante conocer la situación de la infección por el VPH en mujeres.

Actualmente, no se cuenta con estudios de prevalencia de infección por el VPH en mujeres a nivel nacional. Las estimaciones disponibles de la OMS/Institut Català d' Oncología publicadas en el "Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Perú 2010" asignan una prevalencia de infección por VPH del 7.5% en mujeres de la población general peruana con citología normal y una prevalencia de los subtipos 16 y 18 del 3.8%. Asimismo, la prevalencia estimada de los subtipos 16 y 18 de VPH en mujeres con cáncer de cérvix fue de 68.3%. Se tienen estudios disponibles en algunas poblaciones de mujeres.

Una investigación realizada en la primera mitad de la década de 1990 por el Centro de Investigación Maes Heller en mujeres en edad fértil de un área urbano marginal de Lima encontró una prevalencia de infección por el VPH de 20.2%. Otro estudio realizado el año 2001 en estudiantes de educación superior de 18 a 26 años de dos universidades y de un instituto superior de Lima, encontró una prevalencia de infección de 8.4%. Un estudio reciente en un establecimiento de la Amazonía peruana (2,011), en una muestra de 5,435 mujeres entre los 25 y 49 años, que acudieron a tamizaje de cáncer de cérvix, encontró una prevalencia de infección VPH de alto riesgo de 12.6%. Sin embargo, la interpretación de estos datos debe ser cuidadosa debido a las diferentes metodologías de detección del VPH empleadas.³⁹

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B

La hepatitis viral constituye un problema de salud pública, particularmente la hepatitis B la cual es responsable del 90% de los carcinomas hepato celulares, razón por la cual en la actualidad se promueve la vacunación contra dicho virus en población general, que constituye la intervención más costo-efectiva. Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que alrededor de ,2,000 millones de personas en el mundo están infectadas por el virus de la hepatitis B (VHB) y más de 240 millones de personas padecen infección crónica por este virus.

En nuestro país, estudios realizados en bancos de sangre a nivel nacional encontraron una cero prevalencia del VHB (Antígeno de superficie) del 0.92% en personas entre 18 y 50 años, lo cual debería aproximarse a la prevalencia del VHB en población general (An Fac Med 2,005; 66 [Suppl 1]: S50). Para el año 2,012, la Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis B notificó un total de 496 casos confirmados y 150 casos probables, procedentes principalmente de los departamentos de Loreto (25.9%), Arequipa (18.4%), Cusco (13.2%), Lima (10.8%) y Ayacucho (9.5%) los cuales concentraron más del 75% de los casos.⁴⁰

INFECCIÓN POR EL VIH

Se ha documentado la asociación entre infección por el VIH/SIDA con sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. Cabe resaltar que también se ha reportado un incremento de los cánceres no vinculados directamente con la infección por el VIH (Pulmón, Linfoma Hodgkin, ano, hígado, próstata) lo cual ha sido atribuido a la mayor supervivencia, al envejecimiento de los pacientes debido a la terapia antiretroviral de gran actividad y a la coinfección por otros virus (VPH, VHB).

Estimaciones realizadas por ONUSIDA (EPP/SPECTRUM) evidencian que la prevalencia de infección por el VIH/SIDA en población adulta del Perú es del 0.4% lo que significa que aproximadamente 70,000 adultos a nivel nacional la

presentan. La prevalencia de infección por el VIH/SIDA en gestantes peruanas es de 0.23% y en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es de 12.4% lo que evidencia que la epidemia se encuentra concentrada.

Según datos de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA de la Dirección General de Epidemiología, el año 2,012 se notificó 2,640 casos nuevos de infección por VIH y 929 casos de SIDA. Para el período 1,983-2,012, Lima, Callao, Loreto, La Libertad, Piura y Lambayeque concentraban el 80% de los casos notificados de infección por el VIH; mientras que, Lima, Callao, Loreto y Arequipa concentraban el 80% de todos los casos de SIDA notificados.

La principal vía de transmisión en los casos de SIDA notificados es la sexual (97%), seguida de la perinatal (2%) y parenteral (1%); la razón hombre /mujer es de 3:1. La mediana de la edad de los casos de SIDA acumulados desde 1,983 es de 31 años, por lo que es posible que el 50% de los casos se hayan expuesto al VIH alrededor de los 20 años de edad.⁴¹

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN SOLAR

El principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel es la exposición acumulativa y/o intermitente intensa a la radiación ultravioleta. Constituyen intervenciones dirigidas a su prevención la promoción de estilos de vida saludable, la limitación de la exposición a la radiación solar y la exposición usando medidas de protección (Foto protección) ya sea con un protector solar u otras medidas (Sombrero o gorra, lentes oscuros con protección UV, pantalón y camisa de manga larga, sombrilla). Los estudios disponibles en este ámbito no tienen carácter poblacional sino que se han realizado como parte de campañas de educación y diagnóstico precoz del cáncer de piel (Principalmente en los meses de verano) por parte de instituciones de la sociedad civil y/o a través de investigaciones independientes.

El estudio más reciente es el realizado por la Sociedad Peruana de Dermatología en el curso de la Campaña de Foto educación en playas de Lima y Callao durante el mes de enero de 2,012. En dicho estudio (Realizado en 317 bañistas) se evidenció que el uso de medidas de foto protección en un día cotidiano era limitado ya que seis de cada diez personas usaba sombrero o gorra, sólo la mitad usaba protector solar (Exclusivamente durante un día de sol) y menos de la mitad de las personas usaba lentes para sol (Tabla 3).

Asimismo, tres de cada diez personas que acudían al día de playa no usaban protector solar. Por otro lado, el uso de otras medidas de foto protección por parte de los bañistas fue limitado (Tabla 4). Es posible que las prácticas en foto protección de estas personas se hayan visto favorecidas por su participación en campañas previas realizadas en las playas por lo que podría esperarse que las de la población general se encuentren por debajo de lo reportado en este estudio.⁴²

TABLA 2: Prácticas de foto protección de bañistas de playas de Lima y Callao en un día cotidiano de sol. Enero 2,012.

PRÁCTICAS DE FOTOPROTECCIÓN	TOTAL DE PERSONAS	FRECUENCIA %
Búsqueda de sombra	272	85.8%
Uso de sombrero o gorra	195	61.5%
Aplicación de protector solar cuando hace sol	177	55.8%
Evita exponerse al sol entre las 10 am y las 4 pm	168	53.0%
Uso de lentes oscuros	141	44.5%
Uso de camisa manga larga/pantalón	74	23.3%

Fuente: Sociedad Peruana de Dermatología.

TABLA 3: Prácticas de foto protección de bañistas de playas de Lima y Callao en el día de playa. Enero 2,012.

PRÁCTICAS DE FOTOPROTECCIÓN	TOTAL DE PERSONAS	FRECUENCIA %
Aplicación bloqueador solar	233	73.5%
Uso de sombrilla	186	58.7%
Uso de sombrero/gorra	183	57.7%
Uso de lentes oscuros	143	45.1%
Uso de camisa manga larga/pantalón	39	12.3%

Fuente: Sociedad Peruana de Dermatología.

El círculo Dermatológico del Perú (CIDERM) realiza anualmente la Campaña de Educación, Prevención y Detección Temprana del Cáncer de piel denominada “El Día del Lunar” en Lima y ciudades del interior del país.

Los datos de dicha campaña muestran que, la tendencia del uso de protector solar para el período 2,005-2,011. Es levemente ascendente. Para el año 2,011 uno de cada tres participantes de dicha campaña usaba protector solar.⁴³

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÁNCER EN EL PERÚ

La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en el Perú fue establecida por la Dirección General de Epidemiología del MINSA el año 2,006, con el propósito de conocer el comportamiento epidemiológico del cáncer en nuestro país y brindar información para el desarrollo de intervenciones destinadas a reducir su incidencia y mortalidad.

Los casos notificados de la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer comprenden la información de los Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC) a cargo de las Oficinas de Epidemiología y Salud Ambiental de los hospitales notificantes así como la de las defunciones por cáncer que no accedieron a una atención hospitalaria a cargo de las Oficinas de Epidemiología de las DIRESA/GERESA/DISA. Para el caso de los hospitales notificantes, la

notificación de casos se realiza a partir de las Fichas de la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer; mientras que, en las DIRESA/GERESA/DISA la notificación se realiza a partir de los certificados de defunción.

Los RHC incluyen la notificación mensual de los casos de cáncer diagnosticados en los institutos nacionales (INEN, IREN Norte, IREN Sur) y hospitales con capacidad diagnóstica de Lima y del interior del país, principalmente del Ministerio de Salud.

Asimismo se cuenta con la notificación de casos de hospitales de las Fuerzas Policiales, Fuerzas Armadas y de algunos establecimientos de Es Salud. Las fuentes de datos para los RHC son las historias clínicas, el parte diario de consultas externas (HIS), los registros de egresos hospitalarios, los registros de anatomía patológica y citología, registros de intervenciones quirúrgicas, registros de endoscopías y registros de las unidades/departamentos de Oncología. La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer se realiza de acuerdo a las pautas establecidas en la Directiva Sanitaria vigente (DS 04-2,006-DGE-MINSA).

La notificación de los casos se realiza en las Unidades de Epidemiología y Salud Ambiental de los hospitales a través del Portal de Registros de Cáncer, un aplicativo informático disponible on-line en la intranet de la página web de la Dirección General de Epidemiología. El control de calidad de los datos se realiza en los hospitales notificantes DIRESA/GERESA/DISA y en la Dirección General de Epidemiología. Una vez realizado el control de calidad se procede a descargar la base de datos del aplicativo on-line y se realiza el análisis e informes de la situación del cáncer ya sea a nivel nacional, regional y/o por unidad notificante. La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer permite obtener datos del hospital notificante, de la filiación de los casos (Edad, sexo, procedencia), del diagnóstico (Fecha de diagnóstico, diagnóstico clínico, diagnóstico topográfico, diagnóstico histológico), del tratamiento y seguimiento (Tratamiento, fecha de último tratamiento, estado a la última consulta).⁴⁴

DATOS NACIONALES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÁNCER

Para el período 2,006-2,011, la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer notificó en promedio 18,319 casos nuevos/año, así el número de casos incidentes varió entre 16,671 (año 2,006) y 19,461 (año 2,011). La tendencia de los cánceres notificados muestra una leve tendencia ascendente con un pico el año 2,008.

En el período 2,006-2,011 se notificó 109,914 casos. Las unidades que notificaron el mayor número de casos fueron el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, GERESA Callao, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo) y la DIRESA Lambayeque.

REGION DE LA SELVA

En casi toda la región de la selva, el cáncer de cérvix constituye el cáncer más frecuente. El cáncer de mama constituye el segundo o tercer cáncer más frecuente con excepción de Madre de Dios en donde el cáncer de mama es desplazado por los de piel y del sistema hematológico. A diferencia de las regiones de la costa y de la sierra, es menos común encontrar al cáncer de estómago dentro de los tres cánceres más frecuentes. Casos registrados de cáncer por localización topográfica y sexo.

Amazonas, 2,006-2,011.

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix		231	231	18.90%
Estómago	83	59	142	11.60%
Mama		101	101	8.30%
Piel	49	47	96	7.90%
Próstata	66		66	5.40%
Hematológico	18	32	50	4.10%
Pulmón	23	24	47	3.80%
Ovario		35	35	2.90%
Otros	230	223	453	37.10%
TOTAL	469	752	1221	100.00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Loreto, 2,006-2,011.

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix		209	209	29.40%
Mama		55	55	7.70%
Estómago	29	20	49	6.90%
Piel	20	20	40	5.60%
Pulmón	15	3	18	2.50%
Tiroides	1	15	16	2.30%
Ovario		14	14	2.00%
Otros	149	104	253	35.60%
TOTAL	445	465	710	100.00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Madre de Dios, 200,6-2,011.

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix		37	37	28.50%
Piel	5	6	11	8.50%
Hematológico	6	4	10	7.70%
Mama		5	5	3.80%
Vesícula biliar	2	2	4	3.10%
Ovario		4	4	3.10%
Tiroides		4	4	3.10%
Otros	36	11	47	36.20%
TOTAL	55	75	130	100.00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

San Martín, 2,006-2,011.

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix		303	303	27.10%
Mama		121	121	10.80%
Piel	31	57	88	7.90%
Estómago	47	31	78	7.00%
Hematológico	49	29	78	7.00%
Tiroides	6	31	37	3.30%
Ganglios linfáticos	25	12	37	3.30%
Próstata	31		31	2.80%
Otros	183	163	346	30.90%
TOTAL	372	748	1120	100.00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Ucayali, 2,006-2,011.

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix		165	165	28.60%
Hematológico	25	19	44	7.60%
Mama		40	40	6.90%
Piel	20	27	47	8.10%
Estómago	27	12	39	6.80%
Tiroides	5	14	19	3.30%
Hígado y vías biliares intrahepáticas	5	9	14	2.40%
Pulmón	11	6	17	2.90%
Otros	119	73	192	33.30%
TOTAL	212	365	577	100.00%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 45

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Dependiente PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	Socio gráfica	Sexo	Femenino	Nominal
			Masculino	
		Edad	0 - 14 años	Intervalo
			15 -29 años	
			30 - 64 años	
			65 años a más	
		Procedencia	Loreto	Razón
			Otros	
		Ocupación	Especificar	Razón
		Grado de Instrucción	Sin Instrucción	Nominal
	Primaria			
	Secundaria			
	Superior			
	Patológica	Método del Primer Diagnóstico	Tamizaje	Nominal
Incidental por Exploración Clínica				
Incidental por Exploración Endoscópica				
Incidental por Imágenes				
Incidental por Exploración Quirúrgica				
Presentación Clínica (Síntomas)				
Topografía		Especificar	Nominal	

CAPITULO III

7. MATERIAL Y METODOS:

7.1 Tipo y Diseño de Investigación.

7.1.1 **Tipo de estudio** El presente estudio es un estudio de prevalencia y características sociodemográficas de los pacientes que presentaron neoplasias malignas en el HRDL “FSAI” durante el periodo de enero a diciembre del año 2016.

7.1.2 **Diseño de estudio** El estudio es descriptivo, transversal retrospectivo.

- **Es descriptivo**, estudia la distribución de la enfermedad, incluyendo la población afectada, localización geográfica y su frecuencia de acuerdo al tiempo.

- **Es transversal**, porque evalúa la variable dependiente en un solo momento, en que dura el estudio Enero a Diciembre del 2016, sin considerar el tiempo.

- **Es retrospectivo**, por que estudia las características socio gráficas asociadas a neoplasias malignas durante el periodo de Enero a diciembre del año 2016.

7.2 Población.

El Universo Poblacional estuvo constituida por la totalidad de atendidos y hospitalizados en los diferentes servicios que brinda a la población, el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” durante el periodo de Enero a Diciembre del 2016, que suman un total de 73,742 pacientes.⁴⁶

La Población para el presente estudio, estuvo constituida por la totalidad de atendidos por consultorios y hospitalizados en los diferentes servicios que brinda el hospital, que presentaban signos asociados a cáncer durante el periodo de enero a diciembre del 2016 que suman un total de 1,281 pacientes.

La Muestra estuvo constituida por la totalidad de pacientes atendidos por consultorios y hospitalizados, que fueron diagnosticados de cáncer, durante el periodo de estudio y que sumaron 141 pacientes.

Es necesario aclarar que estos 141 pacientes, fueron diagnosticados solamente por exámenes de anatomía patológica (área de anatomía patológica) durante el periodo mencionado.

7.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes, con diagnóstico histológico de neoplasia maligna atendidos en el Hospital Regional Docente “Felipe Arriola Iglesias” de Loreto, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2,016.
- Pacientes cuyas historias clínicas permitan llenar la ficha de recolección de datos.

7.4 Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnósticos histopatológicos negativo de neoplasia maligna durante el periodo de Enero a Diciembre del 2,016.
- Pacientes con diagnósticos histopatológicos repetido de neoplasia maligna.

7.5 instrumentos utilizados.

- Historias clínicas de los pacientes.
- Fichas de recolección de datos, elaborada por el autor, que incluye datos generales de los pacientes: un código de identificación asignado por el investigador, sexo, edad, procedencia, residencia, ocupación y grado de instrucción de los pacientes y características epidemiológicas de la patología como: método de primer diagnóstico, topografía.

7.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

- a) Se solicitó autorización institucional para la recolección de datos a la Dirección del Hospital Regional Docente “Felipe Arriola Iglesias” de Loreto, a través de la Decanatura de la Facultad de Medicina Humana de la UNAP.
- b) Se coordinó con el jefe de la unidad de Estadística e Informática del HRL, para la facilitación del uso de las historias clínicas, sobre la necesidad de un ambiente de trabajo, el horario y tiempo de duración de la recolección de datos de investigación.
- c) Se contó con un listado de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa, hospitalización y emergencia; del Hospital Regional Docente de Loreto en el periodo de Enero-Diciembre del 2016; para posteriormente revisarlas y llenar la ficha de recolección de datos.
- d) Se recolectaron los datos contenidos en las historias clínicas, en un periodo de 06 días, en el horario preestablecido por la unidad de estadística del HRL, bajo responsabilidad exclusiva del investigador.
- e) Los datos serán ingresados a una base de programa Excel.

7.7 Análisis Estadístico de los datos.

Se utilizará el programa SSPSS ver.18 con Estadística descriptiva en las tabulaciones respectivas. Se elaboraran tablas de una y doble entrada con frecuencias relativas y absolutas para ilustrar edad, sexo, procedencia, residencia, ocupación; y la base diagnostica según los tipos específicos de neoplasias malignas.

7.8 Aspectos Éticos.

Previo solicitud de autorización a la Dirección del hospital de estudio y departamento de Epidemiología se procedió a la recolección de la información epidemiológica de los registros hospitalarios de cáncer

durante el periodo Enero- Diciembre del 2016. Por este motivo no se requiere del consentimiento informado escrito; comprometiéndose, el autor, a mantener la plena confidencialidad sobre los datos de los pacientes.

Se cumplirá las normas de Buenas Prácticas en Salud y la Ley General de Salud, al respetar la anonimidad del paciente en estudio, otorgándoles un código que defina su identidad que será conocida sólo por el investigador y no manipular datos de la información.

Los datos que se obtuvieron en la recolección de la información solo fueron utilizados por el investigador y para lograr los fines de la investigación, posteriormente se eliminó la información.

CAPITULO IV

8. RESULTADOS.

CUADRO GENERAL NÚMERO DE ATENCIONES Y ATENDIDOS POR SERVICIO 01 - ENERO AL 31- DICIEMBRE 2016

POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA	73,742
POBLACIÓN ELEGIDA	1,281
POBLACIÓN EXAMINADA	141
POBLACIÓN EXCLUIDA	1,140

Fuente: Elaborado por el autor

CUADRO Nº 01: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU EDAD EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

EDAD (años)	HRDL "FSAI"	
	n	%
0 - 14	0	0.00
15 – 29	11	7.80
30 – 64	82	58.15
65 a más	48	34.05
Total	141	100.00

Fuente: Elaborado por el autor

CUADRO Nº 02: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU SEXO EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

SEXO	HRDL "FSAI"	
	n	%
Femenino	95	67.38
Masculino	46	32.62
Total	141	100.00

Fuente: Elaborado por el autor

CUADRO N° 03: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN EL DISTRITO DE PROCEDENCIA EN EL HRDL “FSAI” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

PROCEDENCIA Distritos del departamento de Loreto	HRDL	
	Nº	%
Iquitos	41	29.08
Punchana	28	19.86
Belén	23	16.31
San Juan Bautista	16	11.35
Napo	11	7.80
Fernando Lores	1	0.71
El Tigre	2	1.42
Yurimaguas	3	2.13
Requena	4	2.84
Datem Del Marañón	1	0.71
Mazan	4	2.84
Alto Nanay	2	1.42
Caballo Cocha	3	2.13
Pastaza	1	0.71
Barranca	1	0.71
TOTAL	141	100.00

Fuente: Elaborado por el autor

CUADRO N° 04: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU OCUPACIÓN EN EL HRDL “FSAI” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

OCUPACIÓN	HRDL	
	Nº	%
Ama de Casa	68	48.23
Agricultor (a)	3	2.30
Comerciante (a)	5	3.55
Estudiante	3	2.13
Chofer	1	0.71
Obrero	4	2.84
Albañil	2	1.42
Profesor (a)	3	2.13
Mecánico	1	0.71
Pescador	9	6.38
Estibador	5	3.55
Motocarristas	3	2.13
Carpintero	2	1.42
Otros	8	5.67
No Reportados	24	17.02
TOTAL	141	100.00

Fuente: Elaborado por el autor

CUADRO N° 05: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HRDL “FSAI” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	HRDL	
	Nº	%
Sin Instrucción	16	11.35
Primaria	89	63.12
Secundaria	32	22.70
Superior	3	2.13
Sub Total	140	
Sin Datos	1	0.71
TOTAL	141	100.00

Fuente: Elaborado por el autor

CUADRO N° 06: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN MÉTODO DE PRIMER DIAGNÓSTICO EN EL HRDL “FSAI” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

MÉTODO DE PRIMER DIAGNÓSTICO	HRDL	
	Nº	%
Tamizaje	11	7.80
Incidental por Imágenes	1	0.71
Incidental por Exploración Quirúrgica	3	2.13
Presentación Clínica	126	89.36
TOTAL	141	100.00

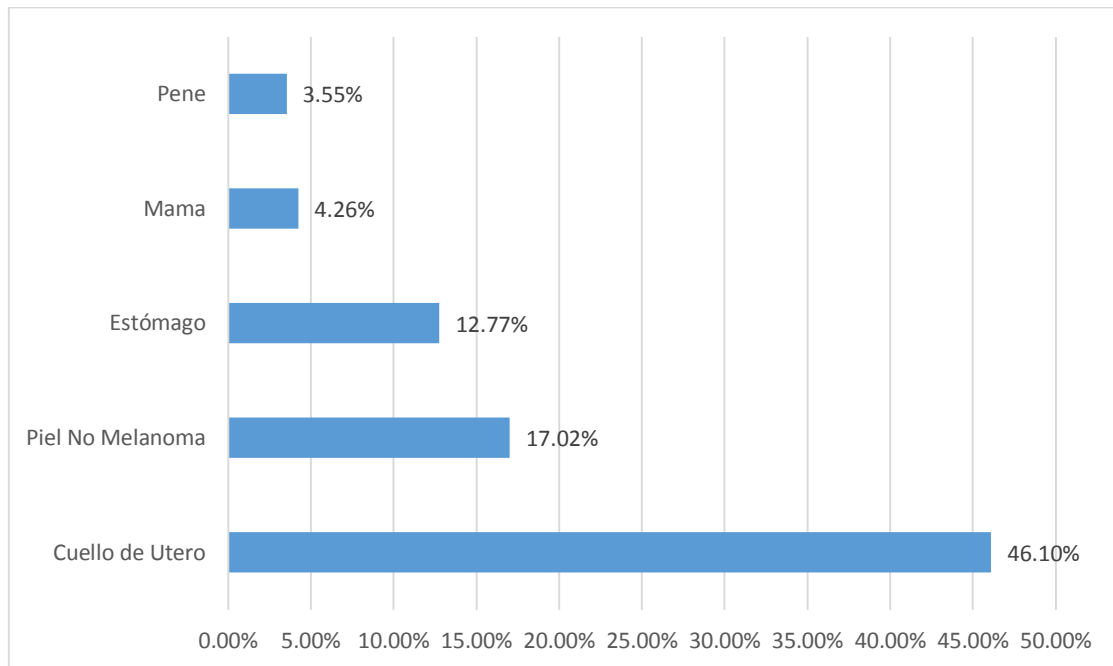
Fuente: Elaborado por el autor

**CUADRO N° 07: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA
MALIGNA SEGÚN TOPOGRAFÍA EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A
DICIEMBRE DE 2016**

TOPOGRAFÍA	HRDL	
	Nº	%
Piel No Melanoma	24	17.02
Cuello Uterino	65	46.10
Estómago	18	12.80
Mama	06	4.26
Partes Blandas	03	2.13
Melanoma de Piel	01	0.71
Recto	05	3.55
Sitio Primario Desconocido	01	0.71
Intestino Delgado	01	0.71
Esófago	01	0.71
Lengua	01	0.71
Vulva	01	0.71
Pene	05	3.55
Nariz	02	1.42
Peritoneo	01	0.71
Placenta	01	0.71
Ojo	01	0.71
Linfoma	01	0.71
Tumor Inguinal	01	0.71
Cuero Cabelludo	01	0.71
Labio Mayor	01	0.71
TOTAL	141	100.00

Fuente: Elaborado por el autor

GRÁFICO Nº 01: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN LAS 05 TOPOGRAFÍA MÁS FRECUENTES EN EL HRDL “FSAI” DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



CUADRO N° 08: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y EDAD EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

TOPOGRAFÍA	N°	%	EDAD					
			15 – 29 AÑOS		30 – 64 AÑOS		65 AÑOS A MÁS	
			N°	%	N°	%	N°	%
Piel No Melanoma	24	17.02	4	2.83	7	4.96	13	9.22
Cuello Uterino	65	46.10	4	2.83	51	36.17	10	7.09
Estómago	18	12.80			4	2.83	14	9.92
Mama	6	4.26	1	0.71	4	2.83	1	0.71
Partes Blandas	3	2.13			1	0.71	2	1.42
Melanoma de Piel	1	0.71					1	0.71
Recto	5	3.55			2	1.42	3	2.13
Sitio Primario	1	0.71	1	0.71				
Desconocido	1	0.71			1	0.71		
Intestino Delgado	1	0.71					1	0.71
Esófago	1	0.71			1	0.71		
Lengua	1	0.71			1	0.71		
Vulva	5	3.55	1	0.71	3	2.13	1	0.71
Pene	2	1.42			1	0.71	1	0.71
Nariz	1	0.71			1	0.71		
Peritoneo	1	0.71			1	0.71		
Placenta	1	0.71			1	0.71		
Ojo	1	0.71			1	0.71		
Linfoma	1	0.71			1	0.71		
Tumor Inguinal	1	0.71						
Cuero Cabelludo	1	0.71						
Labio Mayor	1	0.71			1	0.71	1	0.71
TOTAL	141	100.00	11	7.80	82	58.15	48	34.05

Fuente: Elaborado por el autor

GRÁFICO Nº 02: DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES DE 30 A 64 AÑOS EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

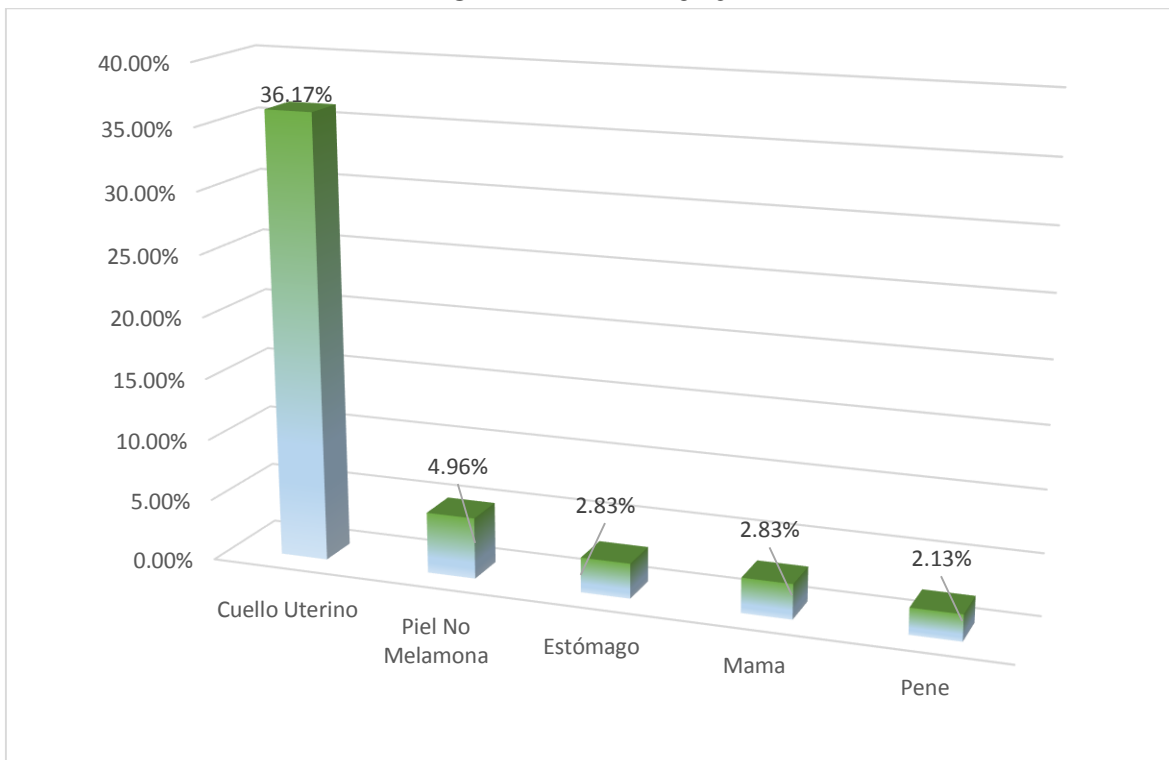


GRÁFICO Nº 03: DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES DE 65 AÑOS A MÁS EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

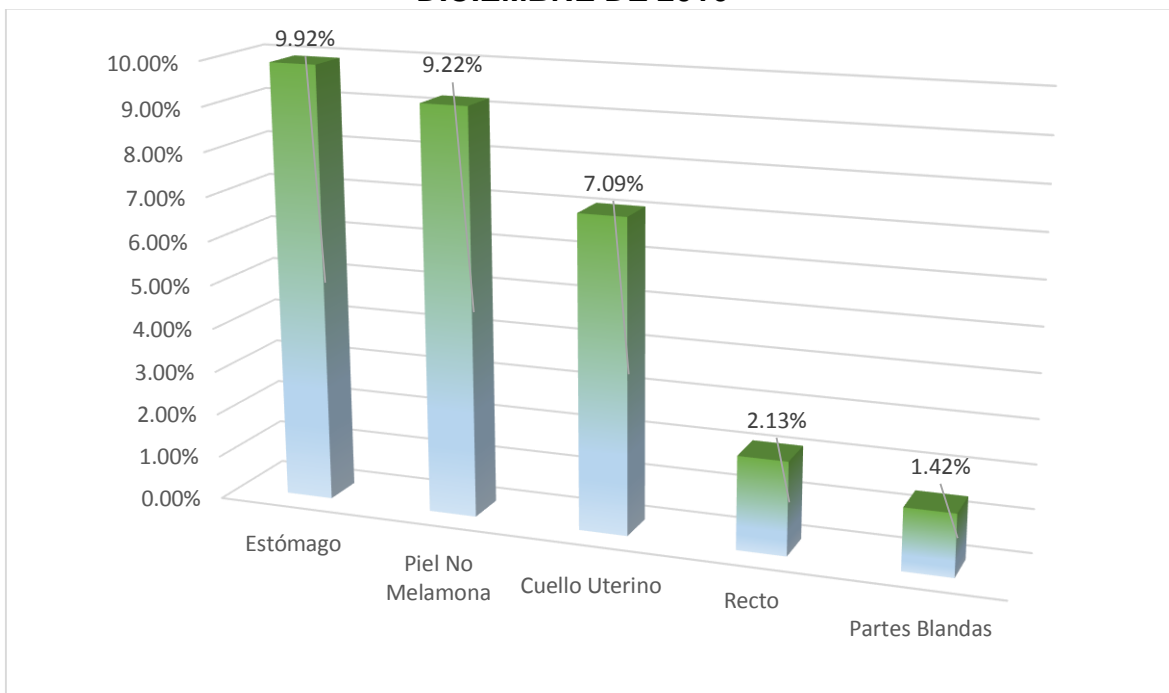


GRÁFICO Nº 04: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES MUJERES EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

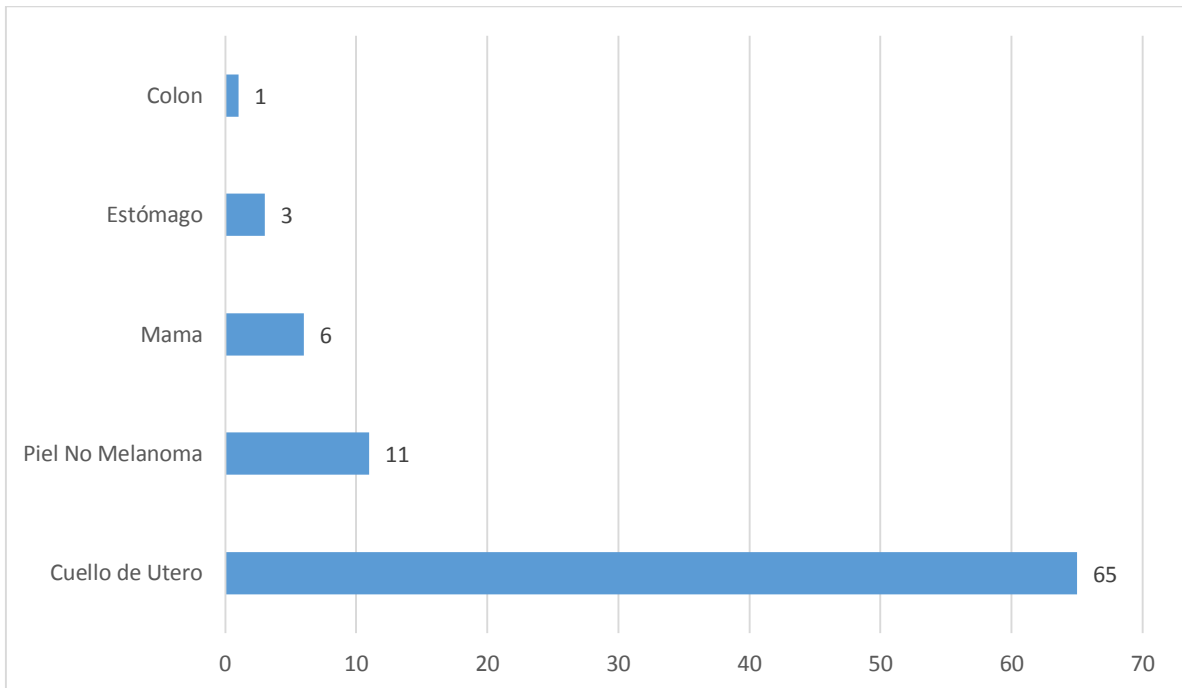
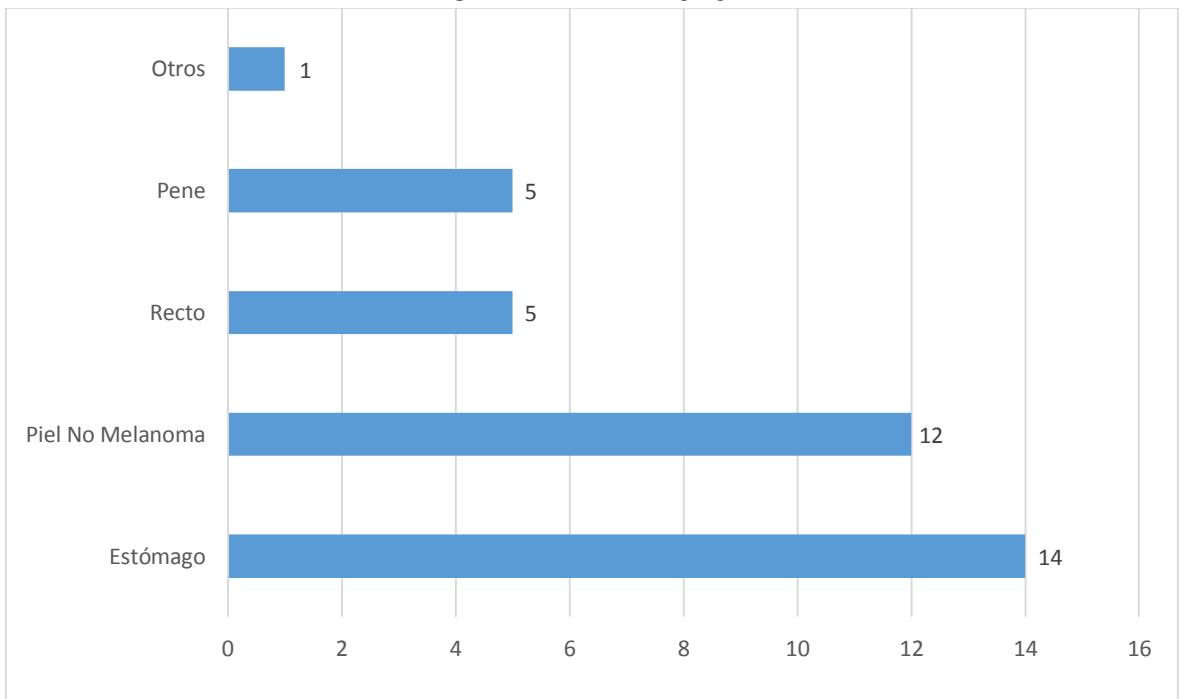


GRÁFICO Nº 05: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES VARONES EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016



CUADRO Nº 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y OCUPACIÓN EN EL HRDL "FSAI" DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

TOPOGRAFIA	Nº	%	OCUPACIÓN																													
			Ama de Casa		Agricultor		Comerciante		Estudiante		Chofer		Obrero		Albañil		Profesor		Mecánico		Pescador		Estibador		Motocarrista		Carpintero		Otros		No Reportados	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piel No Melanoma	24	17.02	2	1.40	1	0.71	1	0.71			1	0.71					1	0.71	6	4.25	2	1.40	1	0.71	1	0.71	2	1.40	6	4.25		
Cuello Uterino	65	46.10	50	35.46			1	0.71							2	1.40											6	4.25	6	4.25		
Estómago	18	12.77	4	2.84	2	1.40							2	1.40	1	0.71			2	1.40	2	1.40	1	0.71					5	3.55		
Mama	6	4.25	3	2.13			1	0.71																					2	1.40		
Partes Blandas	3	2.13	1	0.71					1	0.71																			1	0.71		
Melanoma Piel	1	0.71	1	0.71																												
Recto	5	3.55					1	0.71	1	0.71			1	0.71									1	0.71					2	1.40		
Sitio Primario Desconocido	1	0.71	1	0.71																												
Intestino Delgado	1	0.71	1	0.71																												
Esófago	1	0.71	1	0.71																												
Lengua	1	0.71																				1	0.71									
Bulba	1	0.71	1	0.71																												
Pene	5	3.55					1	0.71					1	0.71															2	1.40		
Nariz	2	1.40	1	0.71																1	0.71											
Peritoneo	1	0.71																							1	0.71						
Placenta	1	0.71	1	0.71																												
Ojo	1	0.71																														
Linfoma	1	0.71													1	0.71																
Tumor Inguinal	1	0.71												1	0.71																	
Cuero Cabelludo	1	0.71							1	0.71																						
Labio Mayor	1	0.71	1	0.71																												
TOTAL	141	100.00	68	48.22	3	2.11	5	3.55	3	2.13	1	0.71	4	2.82	2	1.42	3	2.11	1	0.71	9	6.36	5	3.51	3	2.13	2	1.42	8	5.65	24	16.96

FUENTE: Elaborado por el autor

9. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación, sigue la tendencia de evaluación de la epidemiología descriptiva, para conocer el estado actual del cáncer de pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto; Este Hospital por ser de nivel III se convierte en el centro de referencia y atención de los casos médicos de mayor complejidad para los pacientes del MINSA en esta región, el cual atiende a todos los pacientes derivados de otros hospitales, del área urbana, urbano marginal y rural. La tabla general muestra en total 1,140 de población excluida que vinieron al HRL por consulta por cáncer, en este caso puede ser explicable: A la falta de diagnóstico oportuno, A la falta de ayuda diagnóstica laboratorial para otros tipos de cáncer, A la falta de sospecha en síndromes. En el INEN el número promedio de casos es mucho mayor por mes debido a que a él recurren de todo el país para diagnóstico y tratamiento, excepto los pacientes de Es salud.⁴⁷

Análisis e interpretación de los resultados obtenidos:

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

En relación a la edad:

Cuadro No 01:

Con respecto al grupo etario, muestra que la población con diagnóstico anatómico patológico, un mayor porcentaje por cáncer en el grupo de 30 a 64 años con 58.15 %, para el INEN la población de niños son los que tienen mayor porcentaje de cáncer, en comparación con los adultos. Respecto a la tercera edad, la casuística es similar.⁴⁸

Por otro lado estos valores concuerdan con SAAVEDRA C quien encuentra 63%⁴⁴, RAMOS .B 47.7%⁴², para este grupo etario y además concuerda con RAMOS - VENEGAS quien obtiene el 59%¹⁴. Esto se debería muy probablemente a que esta etapa de vida corresponde a una mayor actividad biopsicosocial que le proporciona una mayor participación de factores desencadenantes de Cáncer.

En relación al sexo:

Cuadro No 02:

En este Hospital se observa un predominio del sexo femenino con 67.38%, este resultado concuerda con trabajos de BONILLA O: (56%)¹⁷,

OPS-2,012 con (60%)⁶, Ramos – Venegas (62%)¹⁴ y DÍAZ V. (59%)¹⁶, Según el INEN para la mayoría de cánceres, existe un ligero predominio de hombres sobre mujeres y esto corrobora McKencie, et al, el año 2,010, demuestra que la relación siempre es mayor en varones que en mujeres 1 : 1.3.⁴⁸

Podemos observar que además de las diferencias socioeconómicas, otra categoría que genera importantes inequidades en salud es el género, asumido éste más allá de las diferencias biológicas, existiendo una diferencia social que se refleje en el acceso a recursos y en el poder sobre ellos. En base a éste concepto, la equidad de género en salud no se traduce en tasa iguales de mortalidad y morbilidad entre sexos, sino en la eliminación de diferencias remediables, en las oportunidades de disfrutar de salud y no enfermar.

En relación a la procedencia:

Cuadro No. 03:

Una de las finalidades de clasificar a los pacientes con neoplasia maligna, según su procedencia, en nuestro estudio; Es que la mayoría de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna (65.25%) proceden de zona urbana: Iquitos, Punchana, Belén, San Juan Bautista. En el estudio de Duque – Ortega, Juan y colaboradores el año 2,008, desarrollados en Medellín – Colombia, se observó que el 45% provenía del área urbana, mientras que el 55% provenía del área rural.

En nuestro medio esto se da posiblemente por la mayor accesibilidad geográfica al establecimiento de salud, en cambio pacientes de las riberas, ante la presencia de signos y síntomas, adoptan medidas caseras o son tratadas por chamanes, que no contribuyen a la mejoría de la enfermedad.

En relación a la ocupación:

Cuadro No. 04:

Ama de casa fue la que presentó mayor predominio con 48,23 %.- No es posible comparar estos resultados, ya que no hay información sobre este indicador. Sin embargo. Las desigualdades sociales una vez más conducen inevitablemente, a diferencias injustas en la salud de los individuos, como es la distribución de los ingresos, de trabajo y de

comportamientos sociales e individuales, entre otras, por que reflejan una distribución, también injusta, de los determinantes sociales que subyacen a ellas como: acceso a servicios de salud, educación. Trabajo, nivel de ingresos, vivienda, etc.

En relación al grado de instrucción:

Cuadro No. 05:

Se observa un predominio de pacientes con instrucción primaria de 63.12 % en el HRDL “FSAI”. Valor concordante con MARTÍNEZ Y COL.⁴⁵ Quienes evaluaron el nivel de instrucción como factor pronóstico de sobrevida en pacientes con algún cáncer, observando que 37.1% de los pacientes solo tenían instrucción primaria. Esto explica porque se obtuvo un alto porcentaje de pacientes mayores de 50 años, quienes en su época de escolares no tenían oportunidad de continuar estudios debido a la situación socioeconómica. Esta explicación se refuerza con los resultados obtenidos por DÍAZ V¹⁶. Quien encuentra un predominio de pacientes sin grado de instrucción, quienes tampoco tuvieron la oportunidad de realizar estudios.

2. METODO DEL PRIMER DIAGNOSTICO:

Cuadro No. 06:

Es preciso mencionar que sólo DÍAZ-VÉLEZ C¹⁶. Informa sobre la presentación clínica y del tamizaje como componentes importantes del método del primer diagnóstico de neoplasias malignas. Sin embargo en este estudio, he obtenido que el método del primer diagnóstico de neoplasias malignas más frecuente es la presentación clínica con 89.36 % de los casos, seguido por el tamizaje con 7.80%; por supuesto valores superiores a lo obtenido por DÍAZ-V. C¹⁶. En Lambayeque – Perú con 59.72 % para presentación clínica y 2.08 % para Tamizaje. Este aumento que se obtiene en la presentación clínica, indica que aún no hay conciencia dentro de la población acerca de esta enfermedad, acudiendo tardíamente a los diferentes centros hospitalarios inducidos por presentación clínica. Y también el incremento de la captación de pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas por Tamizaje, indica que hay una respuesta favorable al desarrollo de programas del sector salud,

orientados a la promoción y prevención del cáncer, tal como indica el plan nacional para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos - Plan Esperanza.³¹

3. UBICACIÓN:

Cuadro No. 07:

En relación a la ubicación de las neoplasias malignas, se observa que predomina en el HRDL "FSAI" el cáncer de cérvix, luego el cáncer de piel (piel no melanoma), estomago, mama y pene, siendo el promedio de 46.10 %, 17.02 %, 12.80 %, 4,26 % y 35.55 % respectivamente.

El promedio de cáncer de cérvix como cáncer ginecológico, ocupa el primer lugar a nivel nacional con 14.9 % y en otros departamentos como Lambayeque (16.2 %), Trujillo (43.2 %), Arequipa (35.2 %), constituyendo el cáncer de cérvix muy frecuente en nuestra región, según MINSA.⁴³

Es importante informar, que el cáncer de cérvix concuerda con los datos obtenidos en el presente trabajo, ocupando el primer lugar en Loreto y estas altas incidencias se explican por el predominio del sexo femenino y es el grupo mejor, pues se realizan y masifican los despistajes en mujeres y ellas son las que más acuden a los establecimientos de salud. Además se asocian las conductas sexuales de riesgo como ocurre con el número de parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales, que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano, que es causa principal del cáncer de cérvix.

El cáncer de piel también es concordante con el resultado de SAAVEDRA C.⁴⁴ y DÍAZ - V.¹⁶ Este cáncer en estos estudios ocupan el segundo lugar con 13.4 % y 11.6 % respectivamente. Esto indica que el cáncer de piel está emergiendo, ya que en el decenio anterior se ubicaba entre el quinto y sexto lugar a nivel de algunas regiones como Trujillo, Arequipa, Lambayeque, Chiclayo⁴³.

El principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel es la exposición acumulativa y/o intermitente intensa a la radiación ultravioleta. La Sociedad Peruana de Dermatología evidenció que el uso de medidas de foto protección en un día cotidiano era limitado.⁴²

10. CONCLUSIONES.

1. El perfil epidemiológico de las neoplasias malignas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, para el periodo de Enero a Diciembre del 2016 fue el siguiente:

Cuello uterino 46.10%, Piel no melanoma 17.02%, Estomago 12.80%, Mama 4.26%, Recto y pene 3.55%, Partes blandas 2.13%, Nariz 1.42%.

En lo que respecta a los números de casos de cáncer, se observó que los mayores porcentajes se observaron: En pacientes con edades de 30 a 64 años (58.15%), en el sexo femenino (66.66%), en la ocupación ama de casa (48.23%), en el grado de instrucción primaria (63.12%) y en la procedencia el distrito de Iquitos (29.08%)

2. **Cánceres más frecuentes por su localización Topográfica:**

Cuello Uterino (46.10%), Piel no melanoma (17.02%), Estomago (12.80%), Mama (4.26%), pene (3.55%) y recto (3.55%).

3. **Canceres más prevalentes según edad y sexo fueron:**

Según edad:

De 30 a 64 años: El cáncer de cuello uterino (36.17%); El cáncer de mama (2.83%). De 65 años a más: El cáncer de estómago (9.92%) y el cáncer de piel no melanoma (9.22%); y tanto en la edad de 30 a 64 años; como de 65 años a más: se presenta en ambos grupos etarios 1 caso de cáncer de pene (2.13%).

Según sexo:

Sexo femenino: predominó el cáncer de cuello uterino con (46.10%), piel no melanoma (7.80%), mama (4.26%), estomago (2.84%) y otros (0.71%).

Sexo masculino: predominó el cáncer de Estómago con (9.93%), Cáncer de piel no melanoma (9.22 %), Cáncer de recto (3.55%), Cáncer de pene con (3.55%) y partes blandas (1.42%).

Comparando las neoplasias malignas por género, hacen una relación de cáncer femenino sobre el masculino: 2 : 1.

4. **En la ocupación Ama de casa** predominó el cáncer de cérvix con 35.46 %. El método de diagnóstico inicial más frecuente encontrado fue: la presentación clínica con (89.36%), seguido de Tamizaje con (7.80%).

11. RECOMENDACIONES.

1. Implementar formatería de registros de Historias Clínicas, considerando datos completos de acuerdo a Norma Técnica No. 22 – MINSA.
2. Mejorar las solicitudes de exámenes anatómicos y patológicos en el Hospital Regional Docente “FSAI”, haciendo hincapié en los datos de la Norma Técnica No. 22 – MINSA.
3. Implementar un FLUXOGRAMA de solicitud y exámenes anatómicos y patológicos para ser usado en el Hospital Regional Docente “FSAI”, de manera que se obtenga mayor calidad de atención.
4. Implementar programas de atención primaria, considerando la búsqueda activa de neoplasias más comunes en la región.
5. Establecer y coordinar de manera interdisciplinaria o de interconsultas, que permitan la atención integral del paciente con sospecha de cáncer.
6. Implementar otras especialidades en relación a las neoplasias más frecuentes en la Región Loreto.
7. Desarrollar guías de prácticas clínicas de neoplasias más frecuentes en el Hospital Regional Docente “FSAI”.

CAPITULO V

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guyton y Hall, (2011). Fisiología Medica, cáncer (12va edición) México.
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008. Lyon: WHO/IARC; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
3. De Vita, V. T., Hellman, S., & Rosemberg, S. (2011). Cancer Principles & Practice Of Oncology (Séptima ed.). Philadelphia, EEUU: Lippincott Wilkins.
4. The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol 2013; 14:1-52.
5. Goss P, E. (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol.
6. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la región de las Américas. OPS; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=.
7. EDWARDS, B.K., Noone, A.M., & Mariotto, A.B. (2014). Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975 – 2010, Featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, Breast, or prostate cancer. Cancer (120), 1290 – 1314.
8. SIEGUEL, r, Ma,J., Zhaohui Zou, Z., & Jemal, A (2014). Cáncer Statistics. Ca Cáncer J Clin (64), 9 – 20.
9. HERNANDEZ RAMIREZ, Porfirio; Aspectos clínicos y Epidemiológicos del Cáncer, Revista cubana de hematología, Inmunología y Hematoterapia, vol. 15, numero 1, pag. 7 – 20. Cuba – 2009.
10. Robbins, R. (2010). Patología Estructural y Funcional. México: Elsevier.

11. PARDO C. Incidencia Estimada y Mortalidad por cáncer en Colombia, 2,002 – 2,006, Ministerio de la Protección Social – Instituto de Cancerología, 2010.
12. POUHEY, Enrique, Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, Uruguay, Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer, 2008.
13. SOLIDORO, Andrés, nosografía Básica y Manejo del Cáncer, Lima. PERU, 2,005 Cap. III, pag. 503.
14. Ramos Muñoz, W., & Venegas Ojeda, D. (2,013): Análisis de la situación delo cáncer en el Perú, 2,013. Lima:
15. Díaz C. (2,011) Registro de Cáncer 2,012 – 2,014 Lambayeque – Perú.
16. Díaz Vélez, C (2013) Registro hospitalario del Cáncer 2007 – 2012. Lambayeque, Perú: Oficina de inteligencia Sanitaria.
17. Bonilla, O (2012) perfil epidemiológico de las neoplasias malignas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2012. Chiclayo, Perú.
18. Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología MINSA.DIRESA-Loreto. 10 primeras causas de morbilidad en el servicio de ginecología. Unidad de Estadística. Iquitos, Perú. 2013.
19. Núñez, C. (2011) “Papiloma virus humano, El virus de la infidelidad”. Infecciones vaginales y cáncer de cuello uterino por papiloma virus humano en la región Loreto. (Iquitos – Perú).
20. Loza, L. Comp (2010). Estrategias y plan de acciones regionales sobre la prevención y el control de cáncer cervico uterino. DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.

21. MELENDEZ ARAUJO, Elena: "Epidemiología de las neoplasias malignas en Pacientes precedentes delo Departamento de Loreto atendidos en el INEN, periodo 2002 – 2004".
22. Medina LE, Rodríguez B. Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa 2004-2007. Arequipa: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur; 2011.
23. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima: DGE/MINSA; 2010.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011. Lima: INEI; 2012.
25. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Peru. (2010).
http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PER.pdf.
26. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles. OPS/OMS. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16160&Itemid.
27. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. N Engl J Med 2011; 345:784-9.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Evolución de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio al 2010. Lima: INEI; 2012.

29. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 2004 - 2013.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). GIOBOCAN 2008. (IARC).Sección de Informar sobre el Cáncer (07/11/2012).
31. Diario Oficial El Peruano. D.S. N° 009-2012-SA. Lima, sábado 3 de noviembre del 2012.
32. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. OMS; 2013. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
33. Ruiz - Guerrero J. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México. Encrucijada revista electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública 2011; 8: 1-16.
34. Arias SA. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 27(3):341-8.
35. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA. IV Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2006. Lima: DEVIDA; 2012.
36. Parry C, Patra J, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. Addiction. 2011; 106(10):1718–24.
37. National Cancer institute. Obesity and Cancer. 01 Marzo 2013. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity>
38. Ramírez-Ramos A, Sánchez-Sánchez R. Helicobacter pylori 25 años después (1983 -2008): Epidemiología, Microbiología, Patogenia, Diagnóstico y Tratamiento. Rev Gastroenterol Peru. 2011; 29(2):158-70.

39. Lacruz CP, Di Martino BO, Alvares EF. Incidencia de los diferentes tipos de papiloma virus humano (HPV) en las lesiones escamosas del cervix uterino. Rev Esp Patol 2013; 36:179-84.
40. Malfitano A, Barbaro G, Perretti A, Barbarini G. Human immunodeficiency virus-associated malignancies: a therapeutic update. Curr HIV Res. 2012; 10(2):123-32.
41. Cáceres W, Cruz-Amy M, Díaz-Meléndez V. AIDS-related malignancies: revisited. P R Health Sci J. 2010; 29(1):70-5. Fuente: Sociedad Peruana de Dermatología.
42. Ramos W, Sánchez-Saldaña L, Canales L, Ponce-Rodríguez M, Moisés C, Espinoza H, et al. Conocimientos, actitudes, prácticas de foto protección de bañistas que acuden a playas de Lima y Callao. Enero 2012. Dermatol Peru 2012; 22(4):143-8.
43. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. DS 04-2006 DGE-MINSA. Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer. Lima: DGE/MINSA; 2011.
44. Saavedra, C. (2007). *Perfil epidemiológico de las neoplasias malignas en el hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2006*. Chiclayo, Perú.
45. Martínez, R. (s.f.). *Factores predictores de sobrevida en pacientes con alguna patología cancerosa mediante análisis de regresión de Cox*. Obtenido de Repositorio de la Escuela Técnica del Litoral: <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/1902/1/3761.pdf>
46. Servicio de estadística del Hospital Regional de Loreto. "Felipe Santiago Arriola Iglesias".
47. Duque – Ortega, Juan, et al. Características morfológicas, cito génicas e inmunológicas de pacientes con leucemias. CFIMEL. Volumen 11 Numero 2. 2006. Medellín - Colombia

48. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas perfil epidemiológico. [Http: //www.inen.sid.pe/intranet/e4stadepidemiologicos/htm](http://www.inen.sid.pe/intranet/e4stadepidemiologicos/htm)

13. ANEXOS

ANEXO N° 01

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “FELIPE SANTIAGO ARRIOLA
IGLESIAS” DE LORETO
DURANTE EL PERIODO:
ENERO A DICIEMBRE DE 2016**

I.- DATOS GENERALES.

CÓDIGO: _____
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: _____
FECHA DE ADMISIÓN: _____
SEXO: _____
EDAD: _____
PROCEDENCIA: _____
OCUPACIÓN: _____
GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

II.- DATOS DE ATENCIÓN PROFESIONAL.

✓ **TIPO DE MUESTRA:** _____
✓ **DIAGNOSTICO SEGÚN REGION ANATOMICA:** _____
✓ **DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:** _____
✓ **DIAGNÓSTICO CLINICO:** _____