



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS
MALIGNAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES Y HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012-2014**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

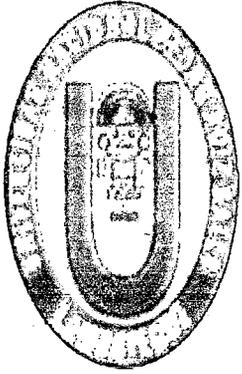
AUTORES:

**BACH. BARTURÉN MONDRAGÓN, LUCIANA ELCIRA
BACH. ZAFRA ALCÁNTARA, JOSÉ WISLLY**

ASESOR:

Dr. NÉSTOR M. RODRÍGUEZ ALAYO

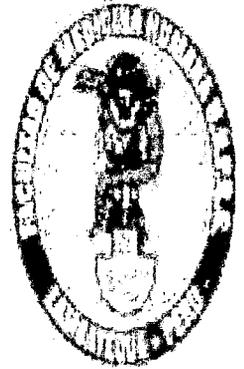
LAMBAYEQUE, MARZO DEL 2015



UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS
MALIGNAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES Y HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012-2014**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

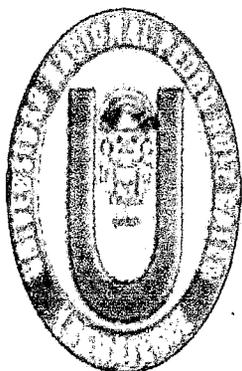
BACH. BARTURÉN MONDRAGÓN, LUCIANA ELCIRA

BACH. ZAFRA ALCÁNTARA, JOSÉ WISLLY

ASESOR:

Dr. NÉSTOR M. RODRÍGUEZ ALAYO

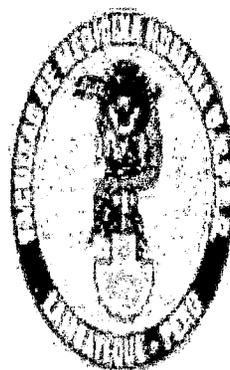
LAMBAYEQUE, MARZO DEL 2015



UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS
MALIGNAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES Y HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012-2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

Bach. Luciana E. Barturén Mondragón

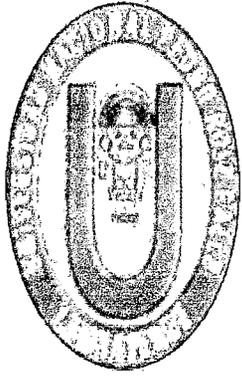
AUTOR

Bach. José W. Zafra Alcántara

AUTOR

Dr. Néstor M. Rodríguez Alayo

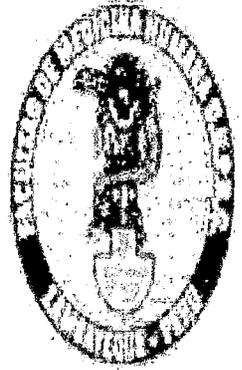
ASESOR



UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

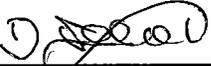


**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS
MALIGNAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES Y HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2012-2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:



Dra. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA
PRESIDENTE



Dr. VÍCTOR DANIEL LINARES BACA
SECRETARIO



Dr. JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
VOCAL



Dr. ALFREDO CHICLAYO PADILLA
SUPLENTE

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis ángeles: Enrique, Elcira y Autor pues ellos fueron mi motor, mi motivo para iniciar esta hermosa travesía en el mundo de la Medicina. Compartiendo conmigo buenos y malos momentos; y pese a haberlos perdido, han estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

Luciana E.

Esta tesis se la dedico a mis abuelos Melecio y Virginia, a mis padres Sergio Isabel; quienes supieron guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

José W.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por protegernos siempre y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestras vidas.

Un agradecimiento infinito a nuestros padres: Nelly y Enrique; Isabel y Sergio, por su amor, trabajo, paciencia y sacrificios en todos estos años; gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que hoy somos.

A nuestras hermanas: Eliana, Celia y Yessica, por su apoyo incondicional, su motivación y por compartir este sueño con nosotros. A Tatiana, por ser aún con tu corta edad un ejemplo y motivación muy grande en mi vida.

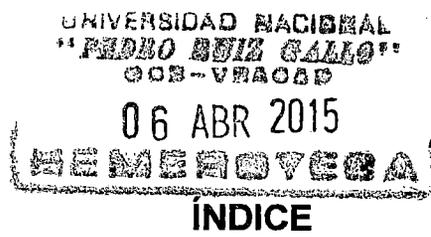
Al Dr. Néstor Rodríguez Alayo, Asesor, por su apoyo y amistad desde los inicios de nuestra carrera. Y a nuestros maestros de la Facultad de Medicina Humana, que han formado parte de nuestra vida profesional, inculcándonos el sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico para lograr nuestra meta propuesta; gracias por sus conocimientos, consejos y motivación.

Al personal del servicio de Patología y Epidemiología del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque, por su colaboración en la fase de recolección de datos.

A nuestros amigos presentes y pasados, quienes compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos siete años estuvieron a nuestro lado apoyándonos y lograron que este sueño se haga realidad.

Muchas gracias a todos y que Dios los bendiga.

Los Autores



DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
INDICE	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS.....	11
1.1 Objetivo General.	11
1.2 Objetivos Específicos.	11
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
2.1 Tipo de Investigación.	13
2.2 Diseño de Contratación de la Hipótesis.....	13
2.3 Población.	13
2.4 Materiales Hospitalarios.	13
2.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	14
2.6 Análisis Estadístico	14
2.7 Aspectos Éticos.....	14
3. RESULTADOS.....	17
4. DISCUSIÓN.....	34
5. CONCLUSIONES.....	39
6. RECOMENDACIONES.....	401
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	423
ANEXOS	46

RESUMEN

OBJETIVO: Describir el perfil epidemiológico de las Neoplasias malignas en dos hospitales referenciales del MINSA con la finalidad de iniciar una base de datos para el registro de Cáncer en la Región Lambayeque.

MATERIAL Y METODO: Mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo de diseño no experimental en pacientes con diagnóstico histológico de neoplasia maligna correspondiendo a 510 pacientes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) y 766 pacientes en el Hospital Regional de Lambayeque (HRL) durante el periodo 2012 – 2014. Obteniendo información de sus historias clínicas sobre sexo, edad, procedencia, ocupación, grado de instrucción, método de primer diagnóstico, topografía y tipo histológico. Se utilizó el programa SSPSS ver.18 con estadística descriptiva en las tabulaciones respectivas y se elaboraran tablas de una y doble entrada con frecuencias relativas y absolutas.

RESULTADOS: Las neoplasias malignas predominaron en pacientes de 30 a 64 años (56.9 y 51%), mujeres (67.8 y 62.1%), amas de casa (61.4 y 43.6%), instrucción primaria (52.2 y 76.6%) para HRDLM y HRL respectivamente. En mujeres predominó cáncer de cuello uterino (23%) en HRDLM y cáncer de piel no melanoma (12%) en HRL. Mientras que en varones predominó el cáncer de piel (8.6%) en ambos hospitales. La presentación clínica predominó como método de primer diagnóstico (90.4%) en HRDLM. A manera general los cánceres más frecuentes son: Piel No Melanoma (19.7%), Cuello Uterino (15.3%), Estómago (11.9%), Mama (10%) y Colon (4.3%).

CONCLUSIONES: La descripción del perfil epidemiológico de las neoplasias malignas en los hospitales y periodos de estudio, mantiene la tendencia regional y nacional y además servirán para iniciar un registro de cáncer en la región Lambayeque.

PALABRAS CLAVES: Neoplasia maligna. Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this work is to describe the epidemiological profile of malignant neoplasms in two referring MINSA hospitals in order to start a database for recording Cancer in Lambayeque Region.

MATERIAL AND METHODS: We realized a retrospective comparative descriptive study of non-experimental design in patients with histological diagnosis of malignant neoplasms, who are 510 patients at Regional Hospital Las Mercedes (HRDLM) and 766 patients at Regional Hospital of Lambayeque (HRL) during the period 2012-2014. Getting information from medical records about sex, age, origin, occupation, level of education, first diagnosis method, topography and morphology. They were analyzed with SSPSS ver.18 program was used descriptive statistics on the respective tabulations and we will elaborate tables with single or double entry with absolute and relative frequencies.

RESULTS: Malignant neoplasms predominated in patients 30-64 years (56.9 and 51%), women (67.8 and 62.1%), housewives (61.4 and 43.6%), and primary education (52.2 and 76.6%) for HRDLM and HRL respectively. In women predominated cervical cancer (23%) in HRDLM and non-melanoma skin (12%) in HRL, while males predominated skin cancer (8.6%) in both hospitals. The predominant clinical presentation as a method of first diagnosis (90.4%) in HRDLM. Generally the most common cancers are: Non-melanoma Skin (19.7%), Cervical (15.3%), stomach (11.9%), breast (10%) and colon (4.3%).

CONCLUSIONS: The description of the epidemiological profile of malignant neoplasms in hospitals and determinate periods, maintains the regional and national trend and also serve to initiate a cancer registry in Lambayeque region.

Key words: Malignant neoplasm. Epidemiological Profile.

INTRODUCCIÓN

El término cáncer es frecuente en el lenguaje común y equivale a cualquier neoplasia maligna (1). Neoplasia significa, literalmente, «nuevo crecimiento» (2). El cáncer se presenta ante la ciencia médica como un importante problema de salud, dada la alta morbilidad y mortalidad que produce y lo poco esclarecido de su etiología, en la mayoría de los casos. 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 los grupos etáreos en los que las neoplasias aparecen con más frecuencia. Conllevando a que en el mundo 1 de cada 10 defunciones sea por cáncer (3).

El eminente oncólogo británico Sir Rupert Willis sostuvo acertadamente que: “Una neoplasia es una masa anormal de tejido, con un crecimiento que sobrepasa al de los tejidos normales y no coordinado con el de éstos, que conserva el mismo carácter excesivo una vez concluido el estímulo que provocó el cambio” (4). A esto podríamos añadir que la masa anormal carece de objeto, ataca al huésped y es prácticamente autónoma.

En la mayoría de los casos, la distinción entre una neoplasia benigna y otra maligna puede hacerse morfológicamente; sin embargo, existen criterios que permiten distinguir entre tumores benignos y malignos: a) Diferenciación y anaplasia: Los términos diferenciación y anaplasia se aplican a las células que forman el parénquima de las neoplasias. Diferenciación indica el grado en que las células parenquimatosas remedan las células normales comparables. Las neoplasias malignas, varían desde bien diferenciadas a indiferenciadas; las compuestas por células totalmente indiferenciadas son anaplásicas. 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. En general, suelen estar mal delimitados del tejido adyacente normal. d) Metástasis: Son implantes tumorales que no

guardan continuidad con el tumor primario. Las metástasis definen claramente a un tumor maligno, ya que las neoplasias benignas no hacen metástasis (2).

El mecanismo genético y molecular de las neoplasias malignas se aclara cada día, con la aparición de nuevos acontecimientos que dilucidan su etiología (5); como son el estudio de las anomalías cromosomales numéricas y estructurales, así como 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 y la alteración de antioncogenes (6, 7, 8).

Son muchos los agentes que producen daño genético y que inducen la transformación neoplásica de las células. Pueden dividirse en 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 policíclicos) 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. Se ha demostrado que un gran número de virus DNA y RNA son oncogénicos para una amplia variedad de animales, desde anfibios a primates, y cada vez existen más datos que apoyan que determinadas formas de cáncer humano son de origen viral (2, 4).

Aproximadamente se diagnostican 12,7 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en su control. Aunado a ello, se prevé que para el año 2030 esta cifra se elevará a 21,3 millones de casos nuevos casos y 13,1 millones de muertes. En América Latina y la región del Caribe, se estima que para el 2030 se diagnosticarán 1,7

millones de casos de cáncer, y que más de 1 millón de muertes por cáncer tendrán lugar cada año (Goss P, 2013).

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 en la incidencia de las diferentes neoplasias en países pobres y países desarrollados (10).

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 (11). Asimismo para el quinquenio 2007-2011, se observó una tendencia levemente ascendente del número de defunciones estimadas por cáncer a nivel nacional con un pico el año 2008. Este comportamiento es similar tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino y podría explicarse por el incremento de la incidencia de los cánceres, el crecimiento poblacional, el envejecimiento poblacional, etc. (12).

Para el año 2011, se estimó un total de 30 832 defunciones por cáncer a nivel nacional. De ellas, 15 854 correspondieron al sexo masculino (51.4%); mientras que, 14 978 (48.6%) correspondieron al sexo femenino. 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%), (15.7%) y pulmón, 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. (12).

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer superó el valor nacional en 12 departamentos obteniéndose los valores más altos en departamentos de la sierra y selva como Huánuco (150.0 por 100 000), Amazonas (137.4 por

100,000), Huancavelica (133 por 100 000), Pasco (128.2 por 100 000) y Junín (125.0 por 100 000) (12).

En nuestro medio diversos 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 los hospitales de estudio, que sirva para 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; así Fraumeni J. y Col. 1989 USA. Señala que el número de nuevos casos, que surge en la población y expresados como una tasa que relaciona el número de casos al año por cada cien mil personas, es la mayor medida de frecuencia (13).

Andis S. 1998, en *Cáncer Statistics*, menciona que normalmente se emplea la prevalencia para descubrir la carga de una enfermedad sobre una comunidad ya que puede expresarse como el número de casos por cada 100 mil personas, refiriéndose a la población en general o como un porcentaje si se refiere al número de casos de un hospital determinado (14).

Travezan R. 2000. Lima-Perú, afirma que la epidemiología descriptiva, permite conocer las localizaciones del cáncer que aumentan y disminuyen de frecuencia con el tiempo, así como, los subgrupos de sexo, edad, origen étnico y sugieren aspectos sobre los cuales concentrar futuras investigaciones relacionadas con la posible etiología de los diversos tipos de cáncer que afectan a la población (15).

Stevens A y Lowe Js. 2001. España, mencionan que los estudios epidemiológicos son esenciales para la identificación de factores etiológicos en el desarrollo de muchos procesos neoplásicos. La observación de

“acumulaciones” de casos de un determinado tipo tumoral en una zona geográfica concreta, puede orientar acerca de un factor etiológico ambiental (1).

Rubin P. 2003. España, indica que las estadísticas internacionales y nacionales sobre la incidencia y mortalidad por cáncer, en cierta medida, permite señalar las probabilidades que tiene un individuo de desarrollar cáncer, y que en Estados Unidos, las probabilidades de un residente de morir de cáncer son de una entre cinco (16).

Bonilla O. 2006. 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%, estómago 7.8% y próstata 7.2%, colon 5.9% (17).

Saavedra C. 2007. Chiclayo-Perú, reporta una incidencia global de neoplasias malignas de 3.4%, con 73% para el sexo femenino y 27% para los varones. Los tipos más frecuentes de neoplasias malignas para ambos sexos son: cáncer de cérvix, de piel, de estómago y tiroides, que corresponden a 45% del total de casos (18).

En la mayoría de los cánceres epiteliales, menciona Robbins R. 2010. México, las tasas de incidencia aumentan constantemente a 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. Además Thomas P. Stricker & Vinay Kumar, sostienen que el estudio de los patrones de cáncer en las distintas poblaciones puede contribuir de manera sustancial a nuestros conocimientos sobre sus orígenes. Por tanto los estudios epidemiológicos pueden proporcionar importantes conocimientos, sobre la causa del cáncer relacionando la aparición de determinados tumores malignos con ciertos ambientes, grupos étnicos o factores culturales (2).

Díaz 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 colon. (19).

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 (20).

Díaz C. 2013. Lambayeque-Perú, concluye que los casos más prevalentes registrados son: mama (14,57%), próstata (12,03%), piel (10,4%), cuello uterino (8,77%), estomago (6,22%), colon (5,61%). Los casos más incidentes registrados son: mama (13,61%), próstata (12,03%), piel (11,04%), cuello uterino (8,35%), estomago (6,51%), colon (5,89%). La pirámide población de casos nos muestra una distribución a predominio entre 50 a 80 años de edad sin distinción de género (21).

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 (22).

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 (23).

Edwads 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. Además pacientes diagnosticados con cáncer asociado a comorbilidades, la probabilidad de morir de cáncer es mucho mayor que la probabilidad de morir de otras causas (24).

Ramos WC., Venegas DR. 2013. Perú. Concluye que los cánceres más frecuentes en el sexo femenino son los de cervix, 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) (12).

La presente investigación *Justifica* su desarrollo porque, el cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial (22). En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, y en nuestro país, la segunda causa (13). Según datos del Ministerio de Salud, en el periodo 2006 -2011 la mortalidad fue de 107 por 100 000 habitantes; incrementándose a 114 en la región Lambayeque (12). Asimismo porque en las instituciones de referencia nacional como Es Salud se han atendido recientemente 109,040 consultas por cáncer, mientras que en el INEN 231,238 (19).

Constituyendo la *Importancia* del estudio, mantener una base de datos actualizada y confiable, con la finalidad de actualizar el registro de Cáncer para la Región Lambayeque; tomando de base la existencia de algunos trabajos de epidemiología descriptiva del cáncer realizados en nuestra localidad.

Para lo cual se enunció el siguiente problema:

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico descriptivo de las Neoplasias Malignas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional de Lambayeque durante el periodo del 2012 - 2014?

Siendo la hipótesis implícita, debido al tipo de investigación descriptiva.

OBJETIVOS

Por lo cual se propuso lograr los siguientes Objetivos:

1. OBJETIVOS.

1.1 Objetivo General.

Describir el Perfil epidemiológico de las neoplasias malignas del hospital regional docente las Mercedes y hospital Regional de Lambayeque durante el periodo 2012-2014.

1.2 Objetivos Específicos.

1. Clasificar los tipos de neoplasias malignas según ubicación topográfica.
2. Determinar las frecuencias de los tipos de neoplasias malignas según edad.
3. Determinar las frecuencias de los tipos de neoplasias malignas según sexo.
4. Determinar las frecuencias de los tipos de neoplasias malignas según ocupación.
5. Determinar el método de diagnóstico inicial más frecuente de las neoplasias malignas.

MATERIAL Y MÉTODOS

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1 Tipo de Investigación.

Descriptivo, Retrospectivo, Comparativo.

2.2 Diseño de Contrastación de la Hipótesis

No experimental

2.3 Población.

La población estuvo constituida por todos las pacientes con diagnóstico histológico de neoplasia maligna en el Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional de Lambayeque durante el periodo 2012 – 2014; seleccionados mediante los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes, con diagnóstico histológico de neoplasia maligna atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque
- Pacientes cuyas historias clínicas permitan llenar la ficha de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnósticos histopatológicos negativo de neoplasia maligna durante el periodo 2012-2014.
- Pacientes con diagnósticos histopatológicos repetido de neoplasia maligna.

2.4 Materiales Hospitalarios.

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

topografía, morfología, grado de diferenciación histológica y el status del paciente.

2.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

- a) Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico histológico de neoplasias malignas del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque.
- b) La obtención de los casos confirmados se obtendrán del sistema de gestión hospitalaria y registro hospitalario de cáncer, realizando una búsqueda con la codificación internacional de enfermedades (CIE-10) atendidos en consulta externa, hospitalización y emergencia; luego se solicitan las historias clínicas a la oficina de admisión y archivo clínico del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque que correspondan al periodo 2012- 2014; para posteriormente revisarlas y llenar la ficha de recolección de datos.
- c) Se recolectaron los datos contenidos en las historias clínicas, según solicitado en la ficha, formulada en base a la ficha de Registro Hospitalario de Cáncer.
- d) Los datos fueron ingresados a una base de programa Excel.

2.6 Análisis Estadístico (25).

Se utilizó 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.

2.7 Aspectos Éticos.

Previo solicitud de autorización a la Dirección de los hospitales de estudio y departamentos de Epidemiología se procederá a la recolección de la información epidemiológica de los registros hospitalarios de cáncer durante el periodo 2012 - 2014. Por este motivo no se requiere del

consentimiento informado escrito; comprometiéndose, los autores, a mantener la plena confidencialidad sobre los datos de los pacientes.

Se realizará en concordancia a la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont, así mismo se cumplirá las normas de Buenas Prácticas 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 los investigadores y al no manipular datos de la información.

RESULTADOS

3. RESULTADOS.

CUADRO Nº 01: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU EDAD EN EL HRDLM Y HRL 2012 – 2014.

EDAD (años)	HRDLM		HRL	
	n	%	n	%
0 – 14	4	0.8	7	0.9
15 – 29	25	4.9	28	3.7
30 – 64	290	56.9	391	51.0
65 a más	191	37.5	340	44.4
Total	510	100.0	766	100.0

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO Nº 02: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU SEXO EN EL HRDLM Y HRL 2012 – 2014.

EDAD (años)	HRDLM		HRL	
	n	%	n	%
Femenino	346	67.8	476	62.1
Masculino	164	32.2	290	37.9
Total	510	100	766	100

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM

CUADRO N° 03: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN EL DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA EN EL HRDLM Y HRL 2012 – 2014.

PROCEDENCIA	N°	%	HRDLM		HRL	
			N°	%	N°	%
Lambayeque	888	69.5%	423	82.9%	465	60.0%
Cajamarca	165	12.9%	45	3.5%	120	15.6%
Piura	34	2.6%	9	0.7%	25	3.2%
Amazonas	27	2.1%	15	1.1%	12	1.6%
San Martín	19	1.4%	9	1.7%	10	1.3%
Tumbes	8	0.6%	4	0.7%	4	0.5%
La libertad	13	1.0%	2	0.4%	11	1.4%
Lima	5	0.3%	1	0.1%	4	0.5%
Loreto	2	0.2%	2	0.4%	---	---
Ancash	1	0.07	---	---	1	0.1
No especificado	114	8.9	---	---	114	14.8
TOTAL	1276	100	510	100	766	100

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO N° 04: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN LA PROVINCIA DE PROCEDENCIA EN EL HRL 2012 – 2014.

PROCEDENCIA	HRDLM		HRL	
	n	%	n	%
CHICLAYO	331	64.9	341	44.5
FERREÑAFE	33	6.5	27	3.5
LAMBAYEQUE	59	11.5	92	12.0
TOTAL	423	82.9	460	60.0

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO Nº 05: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN SU OCUPACIÓN EN EL HRDLM Y HRL 2012 – 2014.

OCUPACIÓN	N	%	HRDLM		HRL	
			N	%	N	%
Ama de Casa	647	50.7%	313	61.4%	334	43.6%
Agricultor	81	6.3%	29	5.7%	52	6.8%
Comerciante	28	2.2%	14	2.7%	14	1.8%
Estudiante	21	1.6%	10	2.0%	11	1.4%
Chofer	12	0.9%	4	0.8%	8	1.0%
Obrero	12	0.9%	6	1.2%	6	0.8%
Albañil	11	0.9%	9	1.8%	2	0.3%
Profesor	5	0.4%	---	---	5	0.7%
Ingeniero	4	0.3%	1	0.2%	3	0.4%
Mecánico	3	0.2%	---	---	3	0.4%
Administrador	1	0.1%	---	---	1	0.1%
Abogado	1	0.1%	1	0.2%	---	---
Médico	1	0.1%	---	---	1	0.1%
Otros	84	6.6%	26	5.1%	58	7.6%
No Reportado	365	28.6%	97	19.0%	268	35.0%
Total	1276	100.0%	510	100.0%	766	100.0%

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO N° 06: DISTRIBUCIÓN DE los DE PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HRDLM Y HRL 2012 – 2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	HRDLM		HRL	
	n	%	n	%
Sin Instrucción	54	10.6	130	17.0
Primaria	266	52.2	587	76.6
Secundaria	166	32.5	35	4.6
Superior	23	4.5	14	1.8
Sub Total	509	-----	-----	-----
Sin Datos	1	0.2		
Total	510	100	766	100

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO N° 07: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN MÉTODO DE PRIMER DIAGNÓSTICO EN EL HRDLM 2012 – 2014.

METODO DE PRIMER DIAGNOSTICO	HRDLM	
	n	%
Tamizaje	41	8.0
Incidental por Imágenes	2	0.4
Incidental por Exploración Quirúrgica	6	1.2
Presentación Clínica	461	90.4
Total	510	100

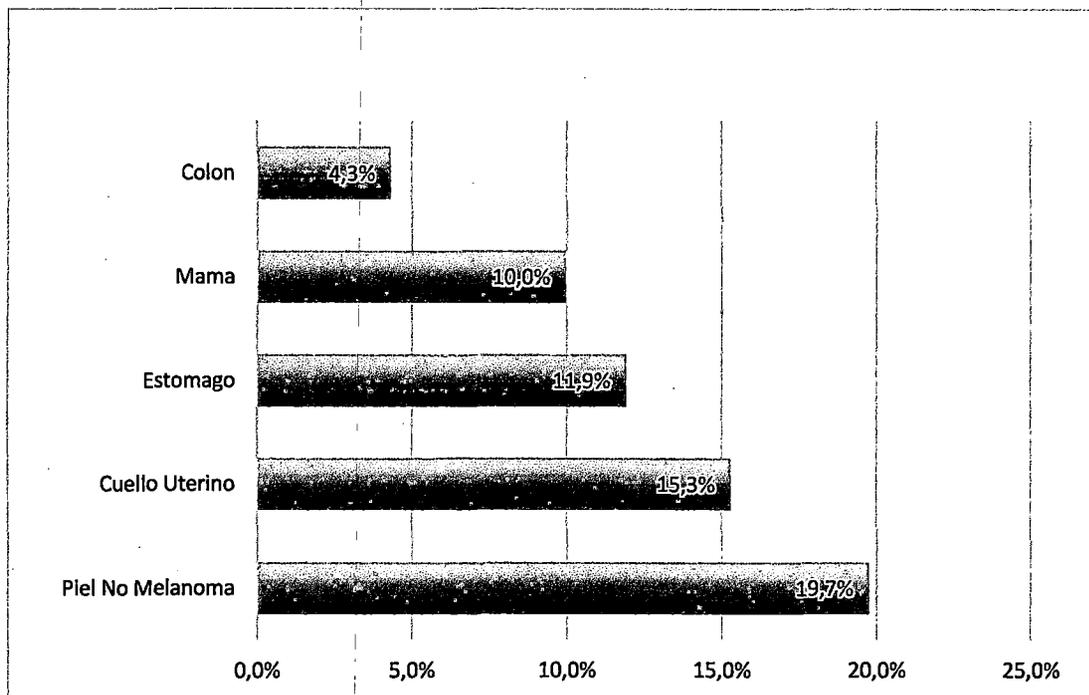
Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO N° 08: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN TOPOGRAFÍA EN EL HRDLM Y HRL. 2012-2014.

Topografía	N°	%	HRDLM		HRL	
			N°	%	N°	%
Piel No Melanoma	252	19.7%	94	18.5%	158	20.6%
Cuello Uterino	195	15.3%	117	23.0%	78	10.2%
Estomago	152	11.9%	55	10.8%	97	12.7%
Mama	127	10.0%	66	13.0%	61	8.0%
Colon	55	4.3%	13	2.6%	42	5.5%
Ganglio Linfático	51	4.0%	18	3.5%	33	4.3%
Próstata	48	3.8%	5	1.0%	43	5.6%
Partes Blandas	45	3.5%	22	4.3%	23	3.0%
Leucemia	33	2.6%	21	4.1%	12	1.6%
Melanoma de Piel	31	2.4%	14	2.8%	17	2.2%
Recto	18	1.4%	5	1.0%	13	1.7%
Vesícula Biliar	18	1.4%	8	1.6%	10	1.3%
Sitio Primario Desconocido	17	1.3%	6	1.2%	11	1.4%
Endometrio	17	1.3%	3	0.6%	14	1.8%
Pulmón	15	1.2%	10	2.0%	5	0.7%
Ovario	15	1.2%	3	0.6%	12	1.6%
Vejiga	14	1.1%	1	0.2%	13	1.7%
Hígado	13	1.0%	---	---	13	1.7%
Intestino Delgado	13	1.0%	3	0.6%	10	1.3%
Tiroides	12	0.9%	7	1.4%	5	0.7%
Testículo	11	0.9%	4	0.8%	7	0.9%
Epiplón	11	0.9%	---	---	11	1.4%
Glándula Salival	10	0.8%	5	1.0%	5	0.7%
Laringe	9	0.7%	3	0.6%	6	0.8%
Páncreas	8	0.6%	3	0.6%	5	0.7%
Mieloma Múltiple	8	0.6%	3	0.6%	5	0.7%
Oro-Faringe	8	0.6%	4	0.8%	4	0.5%
Lengua	8	0.6%	5	1.0%	3	0.4%
Hueso	7	0.5%	1	0.2%	6	0.8%
Vulva	7	0.5%	2	0.4%	5	0.7%
Encéfalo	6	0.5%	---	---	6	0.8%
Pene	6	0.5%	4	0.8%	2	0.3%
Nariz	6	0.5%	1	0.2%	5	0.7%
Peritoneo	5	0.4%	1	0.2%	4	0.5%
Placenta	5	0.4%	1	0.2%	4	0.5%
Pleura	5	0.4%	---	---	5	0.7%
Retroperitoneo	5	0.4%	---	---	5	0.7%
Riñón	4	0.3%	1	0.2%	3	0.4%
Uretra	2	0.2%	---	---	2	0.3%
Medula Espinal	1	0.1%	---	---	1	0.1%
Ojo	1	0.1%	---	---	1	0.1%
Cordón Espermático	1	0.1%	1	0.2%	---	---
Pericardio	1	0.1%	---	---	1	0.1%
Total	1276	100%	510	100%	766	100%

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

GRÁFICO Nº 01: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA SEGÚN LAS 5 TOPOGRAFÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HRDLM Y HRL. 2012-2014.



CUADRO N° 09: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y EDAD EN EL HRDLM 2012-2014.

TOPOGRAFÍA	N°	%	EDAD							
			0 - 14 años		15 - 29 años		30 - 64 años		65 años a mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Piel No Melanoma	94	18.4%			1	0.2%	22	4.3%	71	13.9%
Cuello Uterino	117	22.9%			5	1.0%	93	18.2%	19	3.7%
Estomago	55	10.8%			1	0.2%	29	5.7%	25	4.9%
Mama	66	12.9%					57	11.2%	9	1.8%
Colon	13	2.5%					9	1.8%	4	0.8%
Ganglio Linfático	18	3.5%	1	0.2%	2	0.4%	7	1.4%	8	1.6%
Próstata	5	1.0%					1	0.2%	4	0.8%
Partes Blandas	22	4.3%			2	0.4%	15	2.9%	5	1.0%
Leucemia	21	4.1%	3	0.6%	7	1.4%	8	1.6%	3	0.6%
Melanoma de Piel	14	2.7%					7	1.4%	7	1.4%
Recto	5	1.0%					1	0.2%	4	0.8%
Vesícula Biliar	8	1.6%					4	0.8%	4	0.8%
Sitio Primario Desconocido	6	1.2%					3	0.6%	3	0.6%
Endometrio	3	0.6%					2	0.4%	1	0.2%
Pulmón	10	2.0%					5	1.0%	5	1.0%
Ovario	3	0.6%					2	0.4%	1	0.2%
Vejiga	1	0.2%							1	0.2%
Hígado										
Intestino Delgado	3	0.6%					2	0.4%	1	0.2%
Tiroides	7	1.4%			3	0.6%	4	0.8%		
Testículo	4	0.8%			3	0.6%	1	0.2%		
Epiplón										
Glándula Salival	5	1.0%					3	0.6%	2	0.4%
Laringe	3	0.6%					1	0.2%	2	0.4%
Páncreas	3	0.6%					1	0.2%	2	0.4%
Mieloma Múltiple	3	0.6%					3	0.6%		
Oro-Faringe	4	0.8%					1	0.2%	3	0.6%
Lengua	5	1.0%					3	0.6%	2	0.4%
Hueso	1	0.2%							1	0.2%
Vulva	2	0.4%					1	0.2%	1	0.2%
Encéfalo										
Pene	4	0.8%					3	0.6%	1	0.2%
Nariz	1	0.2%					1	0.2%		
Peritoneo	1	0.2%					1	0.2%		
Placenta	1	0.2%			1	0.2%				
Pleura										
Retroperitoneo										
Riñón	1	0.2%							1	0.2%
Uretra										
Medula Espinal										
Ojo										
Cordón Espermiático	1	0.2%							1	0.2%
Pericardio										
Total	510	100.0%	4	0.8%	25	4.9%	290	56.9%	191	37.5%

Fuente: Oficina de Epidemiología HRDLM.

**CUADRO Nº 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA
MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y EDAD EN EL HRL 2012-2014.**

TOPOGRAFÍA	Nº	%	EDAD							
			0 - 14 años		15 - 29 años		30 - 64 años		65 años a mas	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Piel No Melanoma	158	20.6%					63	8.2%	95	12.4%
Cuello Uterino	78	10.2%			2	0.3%	58	7.6%	18	2.3%
Estómago	97	12.7%			3	0.4%	39	5.1%	55	7.2%
Mama	61	8.0%					51	6.7%	10	1.3%
Colon	42	5.5%					17	2.2%	25	3.3%
Ganglio Linfático	33	4.3%	3	0.4%	5	0.7%	15	2.0%	10	1.3%
Próstata	43	5.6%					7	0.9%	36	4.7%
Partes Blandas	23	3.0%	1	0.1%	3	0.4%	12	1.6%	7	0.9%
Leucemia	12	1.6%			1	0.1%	7	0.9%	4	0.5%
Melanoma de Piel	17	2.2%					12	1.6%	5	0.7%
Recto	13	1.7%			1	0.1%	7	0.9%	5	0.7%
Vesícula Biliar	10	1.3%					5	0.7%	5	0.7%
Sitio Primario										
Desconocido	11	1.4%			1	0.1%	6	0.8%	4	0.5%
Endometrio	14	1.8%					10	1.3%	4	0.5%
Pulmón	5	0.7%					1	0.1%	4	0.5%
Ovario	12	1.6%			3	0.4%	8	1.0%	1	0.1%
Vejiga	13	1.7%					3	0.4%	10	1.3%
Hígado	13	1.7%					6	0.8%	7	0.9%
Intestino Delgado	10	1.3%			1	0.1%	4	0.5%	5	0.7%
Tiroides	5	0.7%					4	0.5%	1	0.1%
Testículo	7	0.9%			1	0.1%	6	0.8%		
Epiplón	11	1.4%					5	0.7%	6	0.8%
Glándula Salival	5	0.7%			1	0.1%	2	0.3%	2	0.3%
Laringe	6	0.8%					3	0.4%	3	0.4%
Páncreas	5	0.7%					4	0.5%	1	0.1%
Mieloma Múltiple	5	0.7%					4	0.5%	1	0.1%
Oro-Faringe	4	0.5%					2	0.3%	2	0.3%
Lengua	3	0.4%			1	0.1%	2	0.3%		
Hueso	6	0.8%					4	0.5%	2	0.3%
Vulva	5	0.7%					3	0.4%	2	0.3%
Encéfalo	6	0.8%	2	0.3%	1	0.1%	3	0.4%		
Pene	2	0.3%					1	0.1%	1	0.1%
Nariz	5	0.7%							5	0.7%
Peritoneo	4	0.5%					2	0.3%	2	0.3%
Placenta	4	0.5%			3	0.4%	1	0.1%		
Pleura	5	0.7%					2	0.3%	3	0.4%
Retroperitoneo	5	0.7%					5	0.7%		
Riñón	3	0.4%					2	0.3%	1	0.1%
Uretra	2	0.3%					2	0.3%		
Medula Espinal	1	0.1%					1	0.1%		
Ojo	1	0.1%					1	0.1%		
Cordón Espermiático										
Pericardio	1	0.1%			1	0.1%				
Total	766	100.0%	6	0.8%	28	3.7%	390	50.9%	342	44.6%

Fuente: Servicio de Patología HRL.

CUADRO N° 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y EDAD EN EL HRDLM Y HRL 2012-2014.

TOPOGRAFÍA	N°	%	EDAD							
			0 - 14 años		15 - 29 años		30 - 64 años		65 años a mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Piel No Melanoma	252	19.7%			1	0.1%	85	6.7%	166	13.0%
Cuello Uterino	195	15.3%			7	0.5%	151	11.8%	37	2.9%
Estomago	152	11.9%			4	0.3%	68	5.3%	80	6.3%
Mama	127	10.0%					108	8.5%	19	1.5%
Colon	55	4.3%					26	2.0%	29	2.3%
Ganglio Linfático	51	4.0%	4	0.3%	7	0.5%	22	1.7%	18	1.4%
Próstata	48	3.8%					8	0.6%	40	3.1%
Partes Blandas	45	3.5%	1	0.1%	5	0.4%	27	2.1%	12	0.9%
Leucemia	33	2.6%	3	0.2%	8	0.6%	15	1.2%	7	0.5%
Melanoma de Piel	31	2.4%					19	1.5%	12	0.9%
Recto	18	1.4%			1	0.1%	8	0.6%	9	0.7%
Vesícula Biliar	18	1.4%					9	0.7%	9	0.7%
Sitio Primario Desconocido	17	1.3%			1	0.1%	9	0.7%	7	0.5%
Endometrio	17	1.3%					12	0.9%	5	0.4%
Pulmón	15	1.2%					6	0.5%	9	0.7%
Ovario	15	1.2%			3	0.2%	10	0.8%	2	0.2%
Vejiga	14	1.1%					3	0.2%	11	0.9%
Hígado	13	1.0%					6	0.5%	7	0.5%
Intestino Delgado	13	1.0%			1	0.1%	6	0.5%	6	0.5%
Tiroides	12	0.9%			3	0.2%	8	0.6%	1	0.1%
Testículo	11	0.9%			4	0.3%	7	0.5%		
Epiplón	11	0.9%					5	0.4%	6	0.5%
Glándula Salival	10	0.8%			1	0.1%	5	0.4%	4	0.3%
Laringe	9	0.7%					4	0.3%	5	0.4%
Páncreas	8	0.6%					5	0.4%	3	0.2%
Mieloma Múltiple	8	0.6%					7	0.5%	1	0.1%
Oro-Faringe	8	0.6%					3	0.2%	5	0.4%
Lengua	8	0.6%			1	0.1%	5	0.4%	2	0.2%
Hueso	7	0.5%					4	0.3%	3	0.2%
Vulva	7	0.5%					4	0.3%	3	0.2%
Encéfalo	6	0.5%	2	0.2%	1	0.1%	3	0.2%		
Pene	6	0.5%					4	0.3%	2	0.2%
Nariz	6	0.5%					1	0.1%	5	0.4%
Peritoneo	5	0.4%					3	0.2%	2	0.2%
Placenta	5	0.4%			4	0.3%	1	0.1%		
Pleura	5	0.4%					2	0.2%	3	0.2%
Retroperitoneo	5	0.4%					5	0.4%		
Riñón	4	0.3%					2	0.2%	2	0.2%
Uretra	2	0.2%					2	0.2%		
Medula Espinal	1	0.1%					1	0.1%		
Ojo	1	0.1%					1	0.1%		
Cordón Espermático	1	0.1%							1	0.1%
Pericardio	1	0.1%			1	0.1%				
Total	1276	100%	10	0.8%	53	4.2%	676	53.0%	533	41.8%

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

GRÁFICO N° 02: DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES DE 30 A 64 AÑOS EN EL HRDLM Y HRL 2012-2014.

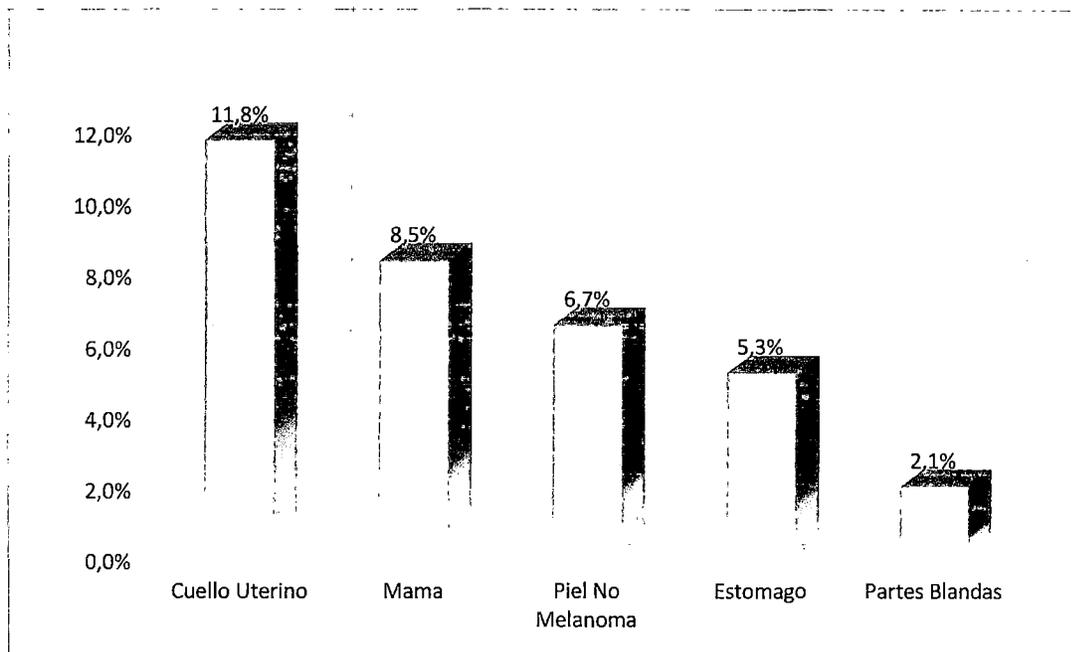
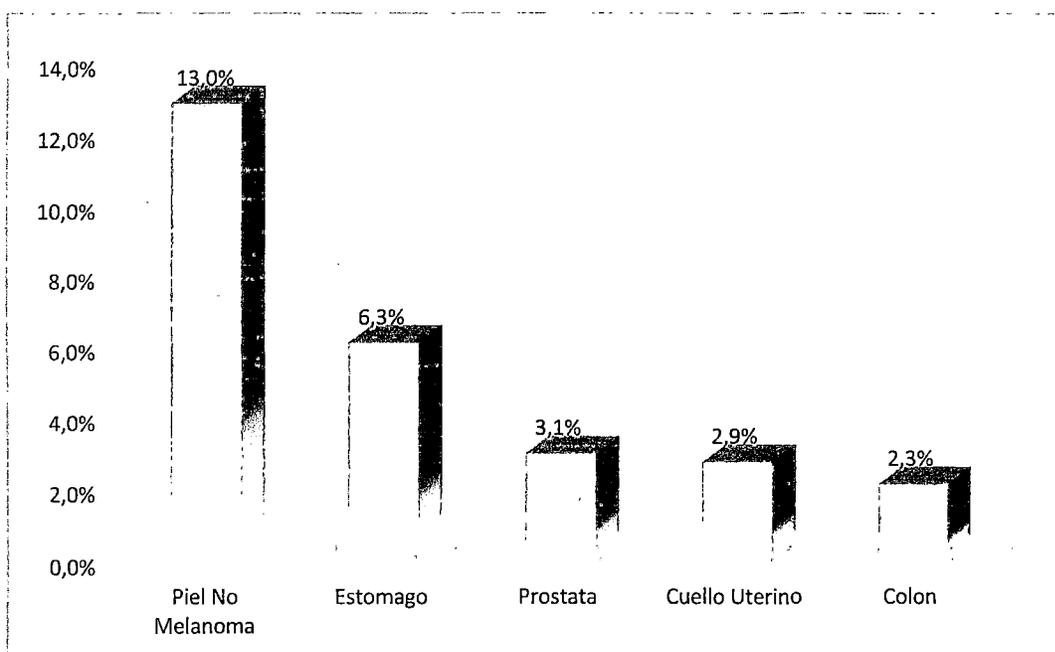


GRÁFICO N° 03: DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES DE 65 AÑOS A MÁS EN EL HRDLM Y HRL 2012-2014.



CUADRO N° 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y SEXO EN EL HRDLM 2012-2014.

TOPOGRAFÍA	N	%	Sexo			
			Femenino		Masculino	
			N	%	N	%
Ovario	3	0.6%	3	0.6%		
Endometrio	3	0.6%	3	0.6%		
Cuello Uterino	117	22.9%	117	22.9%		
Vulva	2	0.4%	2	0.4%		
Placenta	1	0.2%	1	0.2%		
Mama	66	12.9%	66	12.9%		
Cordón Espermático	1	0.2%			1	0.2%
Glándula Prostática	5	1.0%			5	1.0%
Testículo	4	0.8%			4	0.8%
Pene	4	0.8%			4	0.8%
Glándula Salival	5	1.0%	1	0.2%	4	0.8%
Lengua	5	1.0%	3	0.6%	2	0.4%
Estomago	55	10.8%	21	4.1%	34	6.7%
Intestino Delgado	3	0.6%			3	0.6%
Colon	13	2.5%	10	2.0%	3	0.6%
Recto	5	1.0%	2	0.4%	3	0.6%
Páncreas	3	0.6%	1	0.2%	2	0.4%
Vesícula Biliar	8	1.6%	6	1.2%	2	0.4%
Peritoneo	1	0.2%	1	0.2%		
Riñón	1	0.2%	1	0.2%		
Vejiga	1	0.2%			1	0.2%
Glándula Tiroides	7	1.4%	6	1.2%	1	0.2%
Oro-Faringe	4	0.8%	2	0.4%	2	0.4%
Laringe	3	0.6%		0.0%	3	0.6%
Pulmón	10	2.0%	6	1.2%	4	0.8%
mieloma múltiple	3	0.6%	1	0.2%	2	0.4%
leucemia	21	4.1%	14	2.7%	7	1.4%
Ganglio Linfático	18	3.5%	6	1.2%	12	2.4%
piel no melanoma	94	18.4%	50	9.8%	44	8.6%
melanoma de piel	14	2.7%	6	1.2%	8	1.6%
Partes Blandas	22	4.3%	12	2.4%	10	2.0%
nariz	1	0.2%	1	0.2%		
Hueso	1	0.2%	1	0.2%		
Sitio No Especificado	6	1.2%	3	0.6%	3	0.6%
Total	510	100%	346	68%	164	32.00%

Fuente: - Oficina de Epidemiología HRDLM.

CUADRO N° 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y SEXO EN EL HRL 2012-2014.

TOPOGRAFÍA	N	%	SEXO			
			FEMENINO		MASCULINO	
			N	%	N	%
Ovario	12	1.6%	12	1.6%		
Endometrio	14	1.8%	14	1.8%		
Cuello Uterino	78	10.2%	78	10.2%		
Vulva	5	0.7%	5	0.7%		
Placenta	4	0.5%	4	0.5%		
Mama	61	8.0%	59	7.7%	2	0.3%
Glándula Prostática	43	5.6%			43	5.6%
Testículo	7	0.9%			7	0.9%
Pene	2	0.3%			2	0.3%
Glándula Salival	5	0.7%	1	0.1%	4	0.5%
Lengua	3	0.4%			3	0.4%
Estómago	97	12.7%	46	6.0%	51	6.7%
Intestino Delgado	10	1.3%	5	0.7%	5	0.7%
Colon	42	5.5%	31	4.0%	11	1.4%
Recto	13	1.7%	9	1.2%	4	0.5%
Hígado	13	1.7%	9	1.2%	4	0.5%
Páncreas	5	0.7%	2	0.3%	3	0.4%
Vesícula Biliar	10	1.3%	8	1.0%	2	0.3%
Epiplón	11	1.4%	6	0.8%	5	0.7%
Peritoneo	3	0.4%	2	0.3%	1	0.1%
Retroperitoneo	6	0.8%	4	0.5%	2	0.3%
Riñón	3	0.4%	2	0.3%	1	0.1%
Uretra	2	0.3%	2	0.3%		
Vejiga	13	1.7%	8	1.0%	5	0.7%
Glándula Tiroides	5	0.7%	5	0.7%		
Oro-Faringe	3	0.4%			3	0.4%
Laringe	6	0.8%			6	0.8%
Pulmón	5	0.7%	3	0.4%	2	0.3%
Pleura	5	0.7%	4	0.5%	1	0.1%
Pericardio	1	0.1%			1	0.1%
mieloma múltiple	5	0.7%	2	0.3%	3	0.4%
leucemia	12	1.6%	7	0.9%	5	0.7%
Ganglio Linfático	33	4.3%	12	1.6%	21	2.7%
Ojos	1	0.1%	1	0.1%		
Cerebro	6	0.8%	2	0.3%	4	0.5%
Medula Espinal	1	0.1%	1	0.1%		
Piel no melanoma	159	20.8%	92	12.0%	66	8.6%
Melanoma de piel	17	2.2%	14	1.8%	3	0.4%
Partes Blandas	23	3.0%	12	1.6%	11	1.4%
Nariz	5	0.7%	3	0.4%	2	0.3%
Hueso	6	0.8%	3	0.4%	3	0.4%
Sitio No especificado	11	1.4%	8	1.0%	3	0.4%
Total	766	100%	476	62%	289	38%

Fuente: Servicio de Patología HRL.

CUADRO N° 14: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y SEXO EN EL HRDLM Y HRL 2012-2014.

TOPOGRAFÍA	N	%	MASCULINO		FEMENINO	
			N	%	N	%
Piel No Melanoma	252	19.7%	110	24.8%	142	17.0%
Cuello Uterino	195	15.3%	0	0.0%	195	23.4%
Estomago	152	11.9%	85	19.2%	67	8.0%
Mama	127	10.0%	2	0.5%	125	15.0%
Colon	55	4.3%	14	3.2%	41	4.9%
Ganglio Linfático	51	4.0%	33	7.4%	18	2.2%
Próstata	48	3.8%	48	10.8%	0	0.0%
Partes Blandas	45	3.5%	21	4.7%	24	2.9%
Leucemia	33	2.6%	12	2.7%	21	2.5%
Melanoma de Piel	31	2.4%	11	2.5%	20	2.4%
Recto	18	1.4%	7	1.6%	11	1.3%
Vesícula Biliar	18	1.4%	4	0.9%	14	1.7%
Sitio Primario Desconocido	17	1.3%	6	1.4%	11	1.3%
Endometrio	17	1.3%	0	0.0%	17	2.0%
Pulmón	15	1.2%	6	1.4%	9	1.1%
Ovario	15	1.2%	0	0.0%	15	1.8%
Vejiga	14	1.1%	6	1.4%	8	1.0%
Hígado	13	1.0%	4	0.9%	9	1.1%
Intestino Delgado	13	1.0%	8	1.8%	5	0.6%
Tiroides	12	0.9%	1	0.2%	11	1.3%
Testículo	11	0.9%	0	0.0%	11	1.3%
Epiplón	11	0.9%	5	1.1%	6	0.7%
Glándula Salival	10	0.8%	8	1.8%	2	0.2%
Laringe	9	0.7%	9	2.0%	0	0.0%
Páncreas	8	0.6%	5	1.1%	3	0.4%
Mieloma Múltiple	8	0.6%	5	1.1%	3	0.4%
Oro-Faringe	7	0.5%	5	1.1%	2	0.2%
Lengua	8	0.6%	5	1.1%	3	0.4%
Hueso	7	0.5%	3	0.7%	4	0.5%
Vulva	7	0.5%	0	0.0%	7	0.8%
Encéfalo	6	0.5%	4	0.9%	2	0.2%
Pene	6	0.5%	6	1.4%	0	0.0%
Nariz	6	0.5%	2	0.5%	4	0.5%
Peritoneo	5	0.4%	2	0.5%	3	0.4%
Placenta	5	0.4%	0	0.0%	5	0.6%
Pleura	5	0.4%	1	0.2%	4	0.5%
Retroperitoneo	6	0.5%	2	0.5%	4	0.5%
Riñón	4	0.3%	1	0.2%	3	0.4%
Uretra	2	0.2%	0	0.0%	2	0.2%
Medula Espinal	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Ojo	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
Cordón Espermático	1	0.1%	1	0.2%	0	0.0%
Pericardio	1	0.1%	1	0.2%	0	0.0%
Total	1276	100.0%	443	100.0%	833	100.0%

Fuente: Servicio de Patología HRL - Oficina de Epidemiología HRDLM.

GRÁFICO 04. DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES MUJERES EN EL HRDLM Y HRL 2012-2014.

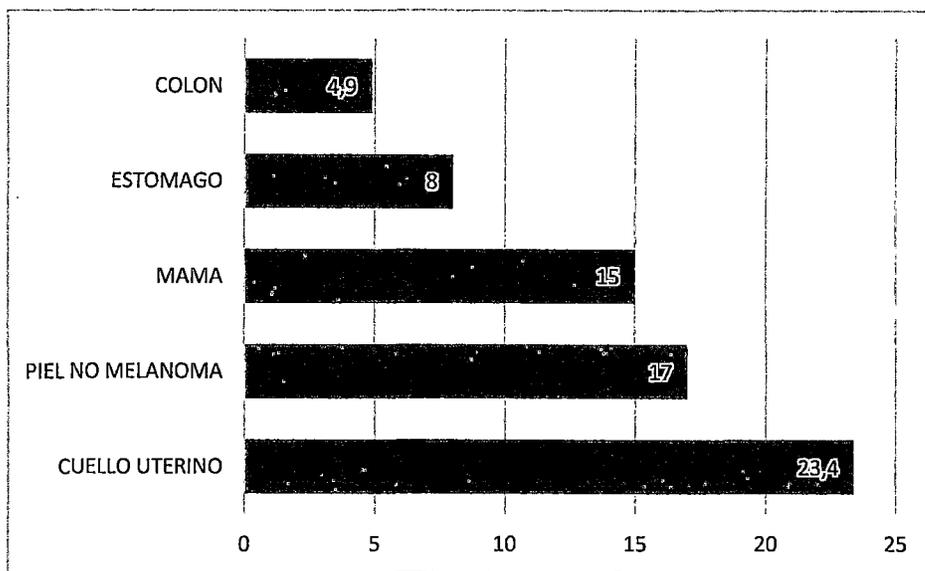
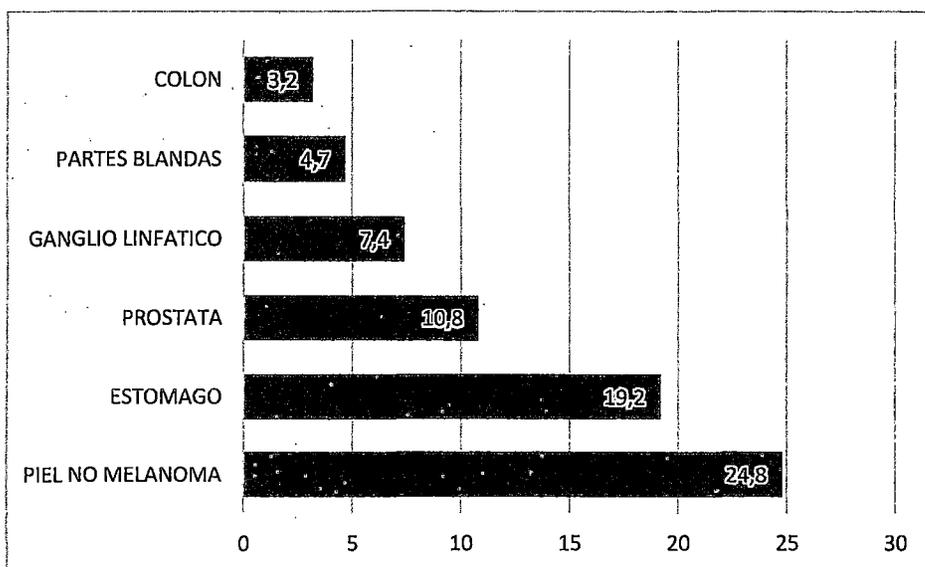


GRÁFICO 05. DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN PACIENTES VARONES EN EL HRDLM Y HRL 2012-2014.



CUADRO N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y OCUPACIÓN EN EL HRDLM. 2012-2014.

Topografía	N	%	Ocupación																			
			Ama de Casa		Agricultor		Comerciante		Estudiante		Chofer		Obrero		Albañil		Ingeniero		Otros		No Informado	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piel No Melanoma	94	18.4%	47	9.2%	4	0.8%	5	1.0%					2	0.4%			3	0.6%	33	6.5%		
Cuello Uterino	117	22.9%	109	21.4%			1	0.2%									3	0.6%	4	0.8%		
Estomago	55	10.8%	21	4.1%	11	2.2%	1	0.2%			2	0.4%	1	0.2%	3	0.6%	1	0.2%	3	0.6%	12	2.4%
Mama	66	12.9%	59	11.6%			2	0.4%									2	0.4%	3	0.6%		
Colon	13	2.5%	8	1.6%			1	0.2%					1	0.2%			2	0.4%	1	0.2%		
Ganglio Linfático	18	3.5%	6	1.2%	3	0.6%			2	0.4%							1	0.2%	6	1.2%		
Próstata	5	1.0%			3	0.6%											1	0.2%	1	0.2%		
Partes Blandas	22	4.3%	9	1.8%	2	0.4%	1	0.2%			1	0.2%	1	0.2%			3	0.6%	4	0.8%		
Leucemia	21	4.1%	8	1.6%	2	0.4%			6	1.2%			2	0.4%			2	0.4%	1	0.2%		
Melanoma de Piel	14	2.7%	5	1.0%													2	0.4%	7	1.4%		
Recto	5	1.0%	2	0.4%	1	0.2%											2	0.4%				
Vesicula Biliar	8	1.6%	5	1.0%	1	0.2%													2	0.4%		
Sitio Primario Desconocido	6	1.2%	3	0.6%			1	0.2%											2	0.4%		
Endometrio	3	0.6%	3	0.6%																		
Pulmón	10	2.0%	6	1.2%									1	0.2%			1	0.2%	2	0.4%		
Ovario	3	0.6%	3	0.6%																		
Vejiga	1	0.2%																	1	0.2%		
Intestino Delgado	3	0.6%					1	0.2%											2	0.4%		
Tiroides	7	1.4%	5	1.0%					1	0.2%									1	0.2%		
Testículo	4	0.8%			1	0.2%					1	0.2%							2	0.4%		
Glándula Salival	5	1.0%	1	0.2%													1	0.2%	3	0.6%		
Laringe	3	0.6%	1	0.2%									1	0.2%					1	0.2%		
Páncreas	3	0.6%	1	0.2%															2	0.4%		
Mieloma Múltiple	3	0.6%			1	0.2%	1	0.2%					1	0.2%								
Oro-Faringe	4	0.8%	1	0.2%															3	0.6%		
Lengua	5	1.0%	3	0.6%															2	0.4%		
Hueso	1	0.2%	1	0.2%																		
Vulva	2	0.4%	2	0.4%																		
Pene	4	0.8%											1	0.2%			1	0.2%	2	0.4%		
Nariz	1	0.2%	1	0.2%																		
Peritoneo	1	0.2%	1	0.2%																		
Placenta	1	0.2%	1	0.2%																		
Riñón	1	0.2%	1	0.2%																		
Cordón Espermatóico	1	0.2%											1	0.2%								
Total	510	100.0%	313	61.4%	29	5.7%	14	2.7%	10	2.0%	4	0.8%	6	1.2%	9	1.8%	1	0.2%	26	5.1%	97	19.0%

CUADRO N° 16: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA POR TOPOGRAFÍA Y OCUPACIÓN EN EL HRL. 2012-2014

Topografía	N	%	Ocupación																				
			Ama de Casa		Agricultor		Comerciante		Estudiante		Chofer		Obrero		Profesor		Albañil		Otros		No Infor.		
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Piel No Melanoma	158	20.6%	63	8.2%	17	2.2%	2	0.3%					2	0.3%					22	2.9%	52	6.8%	
Cuello Uterino	78	10.2%	60	7.8%															2	0.3%	16	2.1%	
Estomago	97	12.7%	30	3.9%	12	1.6%							2	0.3%					11	1.4%	42	5.5%	
Mama	61	8.0%	48	6.3%			3	0.4%											3	0.4%	7	0.9%	
Colon	42	5.5%	27	3.5%	2	0.3%							1	0.1%					3	0.4%	9	1.2%	
Ganglio Linfático	33	4.3%	11	1.4%	3	0.4%	1	0.1%	2	0.3%									4	0.5%	12	1.6%	
Próstata	43	5.6%			7	0.9%	4	0.5%					3	0.4%	1	0.1%			10	1.3%	17	2.2%	
Partes Blandas	23	3.0%	6	0.8%	2	0.3%			3	0.4%									3	0.4%	9	1.2%	
Leucemia	12	1.6%	4	0.5%																	8	1.0%	
Melanoma de Piel	17	2.2%	9	1.2%										2	0.3%	1	0.1%				5	0.7%	
Recto	13	1.7%	4	0.5%	2	0.3%								1	0.1%					1	0.1%	5	0.7%
Vesicula Biliar	10	1.3%	4	0.5%															1	0.1%	5	0.7%	
Sitio Primario Desconocido	11	1.4%	6	0.8%										1	0.1%						4	0.5%	
Endometrio	14	1.8%	10	1.3%			1	0.1%													3	0.4%	
Pulmón	5	0.7%	2	0.3%																	3	0.4%	
Ovario	12	1.6%	5	0.7%															1	0.1%	6	0.8%	
Vejiga	13	1.7%	5	0.7%	2	0.3%	1	0.1%													5	0.7%	
Hígado	13	1.7%	7	0.9%															2	0.3%	4	0.5%	
Intestino Delgado	10	1.3%	5	0.7%					1	0.1%				1	0.1%						3	0.4%	
Tiroides	5	0.7%	1	0.1%			1	0.1%													3	0.4%	
Testiculo	7	0.9%			1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%				1	0.1%					2	0.3%	1	0.1%
Epiplón	11	1.4%	5	0.7%							1	0.1%							1	0.1%	4	0.5%	
Glándula Salival	5	0.7%	1	0.1%									1	0.1%							3	0.4%	
Laringe	6	0.8%	1	0.1%																	5	0.7%	
Páncreas	5	0.7%											1	0.1%							4	0.5%	
Mieloma Múltiple	5	0.7%			1	0.1%															4	0.5%	
Oro-Faringe	4	0.5%	1	0.1%	1	0.1%															2	0.3%	
Lengua	3	0.4%			2	0.3%															1	0.1%	
Hueso	6	0.8%	1	0.1%																	5	0.7%	
Vulva	5	0.7%	5	0.7%																			
Encéfalo	6	0.8%							2	0.3%							1	0.1%			3	0.4%	
Pene	2	0.3%																			2	0.3%	
Nariz	5	0.7%	2	0.3%					1	0.1%											2	0.3%	
Peritoneo	4	0.5%	1	0.1%																	3	0.4%	
Placenta	4	0.5%	3	0.4%					1	0.1%													
Pleura	5	0.7%	1	0.1%																	4	0.5%	
Retroperitoneo	5	0.7%	2	0.3%																	3	0.4%	
Riñón	3	0.4%	2	0.3%																	1	0.1%	
Uretra	2	0.3%	2	0.3%																			
Medula Espinal	1	0.1%																			1	0.1%	
Ojo	1	0.1%																			1	0.1%	
Pericardio	1	0.1%																			1	0.1%	
Total	766	100%	334	43.6%	52	6.8%	14	1.8%	11	1.4%	8	1.0%	6	0.8%	5	0.7%	2	0.3%	66	8.6%	268	35.0%	

Fuente: Servicio de Patología.HRL

DISCUSIÓN

4. DISCUSIÓN.

La presente investigación sigue la tendencia de evaluación de la epidemiología descriptiva para conocer el estado actual de las neoplasias malignas de pacientes atendidos en los hospitales; Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque en el periodo 2012 - 2014, que incluye datos sociográficos de los pacientes: sexo, edad, procedencia, residencia, ocupación y grado de instrucción. Así como información de topografía, morfología y grado de diferenciación histológica de la neoplasia maligna

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, los cuales serán descritos en relación a los objetivos propuestos.

CARACTERISTICAS SOCIOGRAFICAS.

En relación a la edad existe un predominio en el grupo de 30 a 64 años con 56.9% en pacientes pertenecientes al HRDLM y 51.2% en el HRL, estos valores concuerdan con Saavedra C. quien encuentra 63 %, Bonilla O. con 47.7% para este grupo etario y además concuerda con Ramos-Venegas, quien obtiene 59%. Esto se debería porque esta etapa de vida corresponde a una mayor actividad biopsicosocial que le proporciona una mayor susceptibilidad para la participación de factores desencadenantes de cáncer (12).

En relación al sexo en ambos hospitales se observa un predominio del sexo femenino con 67.8% y 62.1% respectivamente, este resultado concuerda con los trabajos locales de Bonilla O. (56%), Saavedra C. (73%), Ramos-Venegas (62%) y Díaz V. (59%). Podemos observar que además de las diferencias socioeconómicas, otra categoría que genera importantes inequidades en salud es el género, asumido éste mas allá de la diferencia biológica, existiendo una diferencia social que se refleja en el acceso a recursos y en el poder sobre ellos. En base en este concepto la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad entre sexos, sino en la eliminación de diferencias remediables en las oportunidades de disfrutar de salud y no enfermar (26).

La finalidad de clasificar a los pacientes con neoplasia maligna según procedencia fue para conocer la incidencia en las provincias de Lambayeque, Ferreñafe y Chiclayo (Cuadro N° 3 y 4) considerando que los hospitales en estudio son referentes del MINSA, correspondiendo del total de casos diagnosticados 423 y 460 en el HRDLM y HRL respectivamente, siendo para Chiclayo 64.9 y 44.5%, Lambayeque 11.5 y 12% y Ferreñafe 6.5 y 3.5%.

La ocupación ama de casa fue la que presentó mayor predominio con 61% en el HRDLM y 43.6% en el HRL. No es posible comparar estos resultados, ya que ninguno de los autores proporciona información sobre este indicador. Sin embargo, las desigualdades sociales una vez más conducen inevitablemente a diferencias injustas en la salud de los individuos, como lo es la distribución de los ingresos, de trabajo y de comportamientos sociales e individuales, entre otras, porque 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. (26).

Referente al grado de instrucción según el cuadro N° 6 se observa un predominio de pacientes con instrucción primaria de 52% en HRDLM y 76.6% en HRL. Valor concordante con Martínez R y col. quienes evaluaron el nivel de instrucción como factor pronóstico de supervivencia en pacientes con algún cáncer, observando que 37.1% de los pacientes solo tenían instrucción primaria (27). Esto se explica porque se obtuvo un alto porcentaje de pacientes mayores de 60 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 V. quien encuentra un predominio de pacientes sin grado de instrucción quienes tampoco tuvieron la oportunidad de realizar estudios.

MÉTODO DE PRIMER DIAGNÓSTICO.

Es pertinente mencionar que solo Díaz V. informa acerca de la presentación clínica y del tamizaje como componentes del método del primer diagnóstico de neoplasias malignas. Nosotros hemos obtenido que el método de primer diagnóstico más frecuente es la presentación clínica con 90.4% de los casos seguido por el Tamizaje 8%. Valores superior a lo obtenido por Díaz V. 59.72% para presentación clínica y 2.08% para Tamizaje. Este incremento obtenido en la presentación clínica indica que aún no hay conciencia dentro de la población acerca de esta enfermedad acudiendo tardíamente al centro hospitalario inducidos por manifestaciones clínicas. Y también el incremento de la captación de pacientes con diagnóstico de neoplasia 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 el Plan Nacional para la atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos – Plan Esperanza (12).

TOPOGRAFÍA

En relación a la topografía de las neoplasias malignas según el Cuadro N° 08, se observa que predominaron en ambos Hospitales cáncer de piel, cérvix, estómago, mama y colon, siendo el promedio 22%, 15%, 12%, 10% y 4% respectivamente. El predominio de cáncer de piel es concordante con el resultado obtenido por Bonilla O. de 16.7% ocupando el primer lugar, mientras que en los resultados de Saavedra C. y Díaz V. este cáncer ocupa en segundo lugar con 13.5 y 11.6 % respectivamente. Esto indica que el cáncer de piel está emergiendo ya que en el quinquenio anterior se ubicaba en el quinto lugar a nivel de la región Lambayeque (12). El principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel es la exposición acumulativa y/o intermitente intensa a la radiación ultravioleta. De ahí que las intervenciones de protección (Fotoprotección) dirigidas a la prevención según un estudio realizado por la Sociedad Peruana de Dermatología

evidenció que el uso de medidas de fotoprotección en un día cotidiano era limitado (28).

Es importante informar que dentro del grupo de cáncer ginecológico, el cáncer de cérvix obtenido en el segundo lugar; ocupa el primer lugar a nivel nacional con 14.9% y en Lambayeque 16.2% (12). Estas altas incidencias se explican por el predominio del sexo femenino y 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, causa principal del cáncer de cérvix (12, 21,29).

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES.

1. Las neoplasias malignas predominaron en la edad de 30 a 64 años (56.9% y 51%), el sexo femenino (67.8% y 62.1%), la ocupación ama de casa (61.4% y 43.6%), grado de instrucción primaria (52.2% y 76.6%) y de procedencia de la región Lambayeque (82.9% y 59.9%) en el Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque respectivamente.
2. Según la localización topográfica los cánceres más frecuentes son: Piel No Melanoma (19.7%), Cuello Uterino (15.3%), Estómago (11.9%), Mama (10%) y Colon (4.3%). Predominando el cáncer de cuello uterino con 23% para el HRDLM y cáncer de piel no melanoma con 22.6% para el HRL.
3. Los tipos de neoplasias malignas que predominaron en relación a la edad de 30 a 64 años fueron el cáncer de cuello uterino (11.8%) seguido del cáncer de mama (8.5%), cáncer de piel no melanoma (6.7%), cáncer de estómago (5.3%) y cáncer de partes blandas (2.1%). Siendo el más prevalente para el HRDLM el cáncer de cuello uterino (18.2%) y para el HRL, el cáncer de piel no melanoma (8.2%).
4. Los tipos de neoplasias malignas que predominaron en el sexo femenino fueron: cáncer de cuello uterino con 23.4%, Piel no melanoma 17%, mama 15%, Estomago 8% y colon 4.9%. Mientras que en sexo masculino predomino el cáncer de piel no melanoma 24.8%, Estomago 19.2%, Próstata 10.8%, ganglio linfático con 7.4% y partes Blandas 4.79% en ambos Hospitales. Predominando particularmente el cáncer de cuello uterino (22.9%) en el HRDLM y cáncer de piel no melanoma (8.6) en el HRL.
5. Los tipos de neoplasias malignas que predominaron con mayor frecuencia en relación a ocupación ama de casa fueron: cáncer de cuello uterino con 21% para el Hospital Regional Docente Las Mercedes y cáncer de piel con 9% para el Hospital Regional Lambayeque.
6. El método de diagnóstico inicial más frecuente en el Hospital Regional Docente Las Mercedes fue la presentación clínica con 90.4%, seguido de tamizaje con 8%.

RECOMENDACIONES

6. RECOMENDACIONES.

1. Incentivar y continuar estudios epidemiológicos del perfil de las neoplasias malignas en los Hospitales de la Región Lambayeque, para poder contar con una base de datos confiable y actualizada, pues ayuda a mejorar el conocimiento y los patrones de la enfermedad por sitio primario, sexo, edad y región, y permite estudiar tendencias temporales. De tal forma que los investigadores puedan elaborar hipótesis etiológicas sobre el cáncer.
2. Que los resultados del presente estudio sirvan para elaborar los registros de cáncer del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Regional Lambayeque, ya que pueden sugerir aspectos sobre dónde se debe concentrar los esfuerzos de investigación. Las tendencias del cáncer se utilizan para conocer la causa de estos cambios y evaluar los resultados de los programas de detección y educación en la región.
3. Actualizar el registro de Neoplasias Malignas en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes e implementación del mismo, puesto que la información es fundamental en la evaluación del problema del cáncer y permite conocer los resultados de los intentos por combatirlo.
4. Que los departamentos de Anatomía Patológica tengan íntima comunicación e informe a todos los servicios los resultados histopatológicos positivos para Neoplasias malignas y de esta manera poder implementar un adecuado programa de control, siendo esencial tener información real, sostenible y oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Stevens, A., & Lowe, J. (2001). *Anatomía Patológica. Epidemiología de las Enfermedades Neoplásicas* (Segunda ed.). Madrid, España: Harcourt. S.A.
2. Robbins, R. (2010). *Patología Estructural y Funcional*. México: Elsevier.
3. Fernández, M. (2003). *Mortalidad por neoplasias malignas en la población adulta de la provincia de Cienfuegos durante el decenio 1988-1997*. La Habana.
4. Willis, R. (1998). *The Spread of Tumors in the Human Body*. London: Butter-worth.
5. De Vita, V. T., Hellman, S., & Rosemberg, S. (2001). *Cancer Principles & Practice Of Oncology* (Sexta ed.). Philadelphia, EEUU: Lippincott Williams & Wilkins.
6. Greene, F. L. (2002). *AJCC Cancer Staging Handbook*. Heidelberg: Berlin.
7. Abeloff, M. D. (1995). *Clinical Oncology* (Segunda ed.). Tokio, Japón.
8. Winn, R. J. (1999). *National Comprehensive Cancer Network, Oncology Practice Guidelines*. NCCN Proceedings.
9. Goss P, E. (2013). *La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe*. Lancet Oncol.
10. Parkin, D., & Bray, F. (2002). *Global Cancer Statistics*. CA Cancer J Clin.
11. Hernandez, F. (1997). *Neoplasias malignas: caracterización*. La Habana, Cuba.
12. Ramos Muñoz, W., & Venegas Ojeda, D. (2013). *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013*. Lima: Ministerio de Salud- Dirección General de Epidemiología.
13. Fraumeni Jr., J., Hoover, R., Devesa, s., & Kinlen , L. (1989). *Epidemiology of Cancer* (Tercera ed.). Lippincott, Philadelphia.
14. Andis, S. H. (1998). Cancer statistics. *Cáncer J Clin*(48), 6.

15. Travezan, R. (2000). *Epidemiología Descriptiva de Neoplasias Malignas*. Lima, Perú: Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Epidemiología y Estadística.
16. Rubín, P. (2003). *Oncología Clínica, enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes* (Octava ed.). Madrid, España: Elsevier Science.
17. Bonilla, O. (2006). *Perfil epidemiológico de las neoplasias en el hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2005*. Chiclayo, Perú.
18. Saavedra, C. (2007). *Perfil epidemiológico de las neoplasias malignas en el hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2006*. Chiclayo, Perú.
19. Díaz Velez, C. (2011). *Boletín del Registro Hospitalario de Cáncer 2007 – 2010*. Lambayeque, Perú: Oficina de Inteligencia Sanitaria.
20. Farreras, P., & Rozman, C. (2012). *Medicina Interna* (Decimo séptima ed.). Madrid, España: Elsevier.
21. Díaz Velez, C. (2013). *Registro Hospitalario de Cáncer 2007 – 2012*. Lambayeque, Perú: Oficina de Inteligencia Sanitaria EsSalud.
22. Díaz Velez, C., & Peña Sanchez, R. (2012). Factores pronóstico de sobrevida de los cánceres prioritarios en el seguro social EsSalud Lambayeque Perú. *Rev Venez Oncol*, 24(3), 202 – 216.
23. Siegel, R., Ma, J., Zhaohui Zou, Z., & Jemal, A. (2014). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*(64), 9-29.
24. 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.
25. Exebio, C. (2001). *Estadística aplicada a la investigación científica en ciencias de la salud*. Perú: Carolina.
26. Arias SA. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009;27(3):341-8.

27. 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>
28. Ramos W, Sánchez-Saldaña L, Canales L, Ponce-Rodríguez M, Moisés C, Espinoza H, et al. Conocimientos, actitudes, prácticas de fotoprotección de bañistas que acuden a playas de Lima y Callao. Enero 2012. *Dermatol. Perú* 2012;22(4):143-8.
29. Colditz GA, Stein CJ. *Handbook of Cancer Risk Assessment and Prevention*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2004.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES Y HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE – CHICLAYO 2012 – 2014**

I.- DATOS GENERALES.

CODIGO: _____
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____
FECHA DE ADMISION: _____
SEXO: _____
EDAD: _____
PROCEDENCIA: _____
OCUPACION: _____
GRADO DE INSTRUCCION: _____

II.- DATOS DE ATENCION PROFESIONAL.

1. METODO DE PRIMER DIAGNOSTICO: _____
2. TOPOGRAFIA: _____
3. MORFOLOGIA: _____
4. GRADO DIFERENCIACION HISTOLOGICA: _____
5. FECHA DEL PRIMER DIAGNOSTICO: _____
6. DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:

7. STATUS: _____

ANEXO N° 02
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	Lambayeque	Razón
			Cajamarca	
			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	
Morfológica		Especificar	Nominal	
Grado Histológico		Bien Diferenciado	Nominal	
		Moderadamente Diferenciado		
	Poco Diferenciado			
	Indiferenciado			
Status	Vivo	Nominal		
	Muerto			



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
OFICINA GENERAL DE BIBLIOTECA - "JAIME HERNÁNDEZ DE SOUZA"

HOJA DE REGISTRO

Tipo/Reg a	Nivel Bib m	Control	Niv/cod	Fecha de ingreso <i>06 abril 2015</i>	País	Forma de Contenido <i>Impreso</i>
	Pub. Gub.	Conferencias	Índices	Homenajes	Ficción	Biografía
020 (ISBN)				041 (IDIO)		
082 (Dewey)				090 (Local) <i>T. N.º. 147</i>		
Entrada Principal						
100 Autor Personal: <i>Dr. Víctor H. Rodríguez, Racionalista Eclesiaca</i>						
110 Corporativo: _____						
111 Congreso o Reunión: _____						
130 Título uniforme: _____						
245 Título propiamente dicho, subtítulo, mención de responsabilidad: <i>Perfil epidemiológico de los Neoplasias malignas en el Hospital Regional Docente Los Mercedes y Hospital Regional Lambayeque en 2012 - 2014.</i>						
250 Mención de edición			260 Pie de imprenta: Lugar <i>Lambayeque</i> Editor Año <i>2015</i>			
300 Descripción Física (colación): <i>45 p., CD, anexos</i>						
440 Mención de Serie (trazada) – Título:						
500 Notas generales <i>- Reto social</i> <i>- Tasa de mortalidad ascendente</i>						
501 Nota publicado con:						
502 Nota de Tesis: <i>Tesis (Medicina cirugía) UNPRA - 2015</i>						
504 Nota de bibliografía / Discografía:						

505 Nota de Contenido:

546 Nota de idioma:

Materia

600 Autor Personal

610 Corporativo

611 Congreso o reunión

630 título uniforme

650 Temáticas

651 Geográficos

Entrada secundaria:

700 Autor Personal: *Lafra Alcántara, José Wisly*

710 Corporativo

711 Congreso o reunión

730 Título uniforme

740 Título adicional

Entrada secundaria de Serie:

800 Autor Personal

810 Corporativo

811 Congreso o reunión

830 Título uniforme

991 Iniciales Catalogador/a:

Registro

No.

B	e.	T	e	s.	4	7	6	7
---	----	---	---	----	---	---	---	---