UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley Nº 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

FACTORES DE RIESGO DE CÀNCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ZACARÍAS CORREA VALDIVIA" DE HUANCAVELICA 2018.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

EPIDEMIOLOGÍA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. LOPEZ NAVARRO, DALIA PAMELA
Bach. JURADO PARIONA, YENY

HUANCAVELICA – PERÚ
2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 27 días del mes de noviembre a horas 16:30 del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: LOPEZ NAVARRO, Dalia Pamela

Siendo los Jurados Evaluadores:

PRESIDENTA : Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo
SECRETARIA : Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo
VOCAL : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

Cuyo ASESOR es : Dra. Lida Ines Carhuas Peña

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:
FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ZACARÍAS CORREA VALDIVIA" DE HUANCAVELICA 2018.

Presentado por el Bachiller: LOPEZ NAVARRO, Dalia Pamela

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las 5:30 p.m. horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

..... Aprobado ..... Por..... mayoría .....

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad Universitaria 27 de noviembre 2018

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

ASESOR

Vº Bº. DECANATURA

Vº.Bº. SECRETARIA DOC.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada por Ley Nº 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ZACARÍAS CORREA VALDIVIA" DE HUANCAVELICA 2018

JURADOS:

Presidenta: Dra. Olga Vicentina, Pacovilca Alejo

Secretaria: Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo

Vocal : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

HUANCAVELICA – PERÚ
2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada por Ley Nº 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ZACARÍAS CORREA VALDIVIA" DE HUANCAVELICA 2018

ASESORA:

Dra. Lida Inés Carhuas Peña

HUANCAVELICA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi madre por su incondicional en cada momento de mi vida por inculcarme a ser una buena persona y una buena profesional, a mi hijo por ser el motivo de mi vida por enseñarme a ser fuerte y a luchar por mis metas.

DALIA PAMELA

A Dios por su gran amor y apoyo, a mis padres por el apoyo incondicional que me ofrecen, a mi hija que me enseña a ser fuerte y seguir con la meta planeada gracias a todos mis jurados y asesor por su apoyo.

YENY

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por guiar nuestros pasos, por ser nuestra fuente de inspiración, por darnos la inteligencia y la paciencia para alcanzar nuestras metas.

A NUESTRA ALMA MATER, Universidad Nacional de Huancavelica por acogernos y a la Facultad de Enfermería por ser nuestro segundo hogar quien nos acogió en sus aulas día a día.

A LA ASESORA Dra. Lida Inés Carhuas Peña por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas aquellas personas quienes nos apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

A NUESTROS CATEDRÁTICOS, de la Facultad de Enfermería por sus enseñanzas que nos condujeron en nuestra formación profesional y motivación para el logro de nuestros sueños.

A NUESTROS PADRES, por su apoyo incondicional, y comprensión; ya que sin ello no sería posible la realización de este trabajo de investigación.

A todos ellos muchas gracias.

INDICE

PORTADA i
PORTADA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
ÍNDICE DE TABLAS ix
ÍNDICE DE FIGURAS x
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS xi
RESUMEN xii
ABSTRAC xiii
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 7
1.2.1. Pregunta general 7
1.2.2. Preguntas específicas 7
1.3. OBJETIVO 7
1.3.1. Objetivo general 7
1.3.2. Objetivos específicos 8
1.4. JUSTIFICACIÓN 8
CAPÍTULO II 10
MARCO DE REFERENCIAS 10
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 10
2.2. BASES TEÓRICAS 13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 28
2.3. DEFINICN OPERATIVA DE VARIABLE E INDICADORES 32
2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 33
CAPÍTULO III 38
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 38
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN 38

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 38
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 39
3.4. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO 40
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40
3.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 41
CAPÍTULO IV 42
RESULTADOS 42
4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS 42
4.2. ANALISIS DE DATOS 48
CONCLUSIONES 52
RECOMENDACIONES 53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54
ANEXO Nº 01 ..... B
ANEXO Nº 02 C
ANEXO Nº 03 ..... E
ANEXO Nº 04 ..... H
ANEXO Nº 05 ..... J
ANEXO N°06 L

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nª 01.- Factores de riesgo no modificable que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica

TABLA Nª 02.- Factores de riesgo modificable que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica

TABLA Nª 03.- Factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital departamental Zacarías Correa Valdivia

ÍNDICE DE FIGURAS

GRAFICO N°01: Factores de riesgo no modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica

GRAFICO N° 02: Factores de riesgo modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica

GRAFICO N° 03: Factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital departamental Zacarías Correa Valdivia

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ASIS: Análisis de la situación de salud del Perú.

DIRESA: Dirección Regional De Salud.

ASCP: Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú

MB: Membrana Basal

MEC: Matriz Extracelular

VEC: Vigilancia Epidemiológica de Cáncer

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores de riesgo de cáncer en pacientes diagnosticados en el Hospital Departamental de Huancavelica “Zacarías Correa Valdivia “2018.

Métodos. Se realizó un estudio de tipo descriptivo simple en el Hospital Departamental “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica. La muestra incluyó a pacientes con cáncer (n = 39); de quienes se realizó el análisis documental de contenido.

Resultados. el 46.15 % de personas diagnosticadas con cáncer en el Hospital Departamental de Huancavelica son mayores de 60 años y el 2.56 % son menores de 25 años, 61,54 % fueron de raza mestiza y el 15.38% de raza negra, 64.10 % son de sexo femenino y el 35.9% del sexo masculino, 79.49% manifestaron que tuvieron antecedentes personales, 66.67% tuvieron antecedentes familiares de 25 mujeres diagnosticadas con cáncer el 52% tuvieron menarquia temprana, el 56% tuvieron menopausia tardía y el 44% no tuvieron menopausia tardía, en los factores modificables de cáncer el 76.92% tuvieron una alimentación no saludable, de 25 pacientes de sexo femenino el 35.9% tuvieron abortos, 43.59% tuvieron abortos, de 39 pacientes diagnosticados con cáncer el 56.41% son obesos y el 43.59% no son obesos, 53.85% no consumieron alcohol y el 46.15% si consumieron alcohol, 58.97% no consumieron tabaco y el 41.03% si consumieron tabaco, 66.67% tuvieron estrés y el 33.33% no tuvieron estrés.

ABSTRAC

Title. CANCER RISK FACTORS IN PATIENTS OF THE DEPARTMENTAL HOSPITAL "ZACARIAS CORREA VALDIVIA" OF HUANCAVELICA 2018

Objective. To determine the cancer risk factors in patients diagnosed in the Departmental Hospital of Huancavelica "Zacarías Correa Valdivia" 2018. Methods A correlational descriptive study was carried out in the Departmental Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. The sample included patients with cancer (n = 39); from whom the content documentary analysis was carried out.

Results. 20.5% of cancer patients are adults over 66 to 75 years old. 64.1% are female, 66.7% are mestizo and 30.8% are white. In the dimension of non-modifiable factors 94.9% do not control their weight and 5.1% if their weight is controlled, on the other hand 100% know the type of cancer they have and receive the treatment currently, 71.8% of women do not performed the breast self-examination, in 92.3% men did not present pain to the palpation of the scrotum. In the dimension of modifiable factors 97.4% do not have established hours for their food, only 2.6% if they have mealtimes; 51.3% consume foods rich in fats and 48.7% do not; 66.7% consume alcohol, 87.2% find themselves in unfavorable situations and without hope.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. La necesidad de fortalecer la promoción de hábitos saludables, la detección oportuna de los casos, la expansión de la cobertura de los servicios oncológicos así como de expandir la cobertura del financiamiento de problemas catastróficos como el cáncer, han motivado que el Estado Peruano implemente una política para fortalecer los servicios oncológicos a nivel nacional a través del “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos-Plan Esperanza”. Un plan nacional de estas características requiere de un diagnóstico situacional detallado que sea el sustento de las intervenciones de prevención y control.

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú el registro de Cáncer ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales que van en constante aumento.

Si se establecieran programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente y es que la detección precoz se ve afectada por la idiosincrasia de las mujeres, el desconocimiento y desinterés en aspectos importantes de su salud y prestan mayor atención a esta cuando existe la presencia ya de enfermedad, es decir le restan significancia a la parte preventiva y acuden a un servicio de salud ya cuando la enfermedad se ha presentado y en algunos casos como en el cáncer ya se ha desarrollado.

En la Unión Europea, algunas investigaciones ya indican que en cuerpos más sensibles o a altas concentraciones en el organismo pueden ocasionar efectos secundarios no deseados.

El objetivo de la presente investigación es identificar los factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica fue detectar los factores causales de esta investigación, servirá para que las personas puedan hacerse sus chequeos médicos de control de forma rutinaria, todo lo mencionado en este párrafo se configuraría como la justificación práctica. Y finalmente tenemos a la justificación metodológica, con lo cual se obtendrá un instrumento válido.

La investigación corresponde al tipo de investigación básica, el nivel de investigación que se alcanzó es descriptivo. El método de investigación que orientó en el proceso de investigación fue inductivo-deductivo, analítico-sintético. Para la recolección de datos de las variables factores de riesgo de cáncer se utilizó la técnica de observación para la variable y el instrumento ficha de observación y guía de análisis documentario respectivamente. El diseño de investigación utilizado corresponde al no experimental, transversal.

El proyecto consta de las siguientes partes: Capítulo I: planteamiento del problema. Capítulo II: Marco de referencias. Capítulo III: Marco metodológico. Capitulo IV: resultados. Las referencias bibliográficas, y los anexos.

Las autoras

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. En el Hospital Departamental de Huancavelica se reportó durante el año 2018; 9 casos de cáncer gástrico, 1 caso de cáncer de pulmón, 9 casos de cáncer de cérvix, 2 casos de cáncer de tiroides, 1 caso de cáncer de endometrio, 1 caso de cáncer de ovario, 3 casos de cáncer de próstata, 1 casos de cáncer de mama, 2 casos de cáncer de piel, 1 cáncer hepático, 1 caso de cáncer paratiroides. De enero a junio del año 2016 en el Distrito de Huancavelica se tienen reportado 3 casos de cáncer de cuello uterino, 2 casos de cáncer de mama, 8 casos de cáncer gástrico, 3 casos de cáncer de próstata, 2

casos de cáncer de pulmón y 6 casos de cáncer de piel considerando la problemática planteada se realizó esta investigación que podrá contribuir al incremento del conocimiento sobre los factores causales de cáncer que se vienen dando en el Distrito de Huancavelica, en este sentido se ha planteado las siguientes preguntas de investigación.(5)

El presente documento muestra que, 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 de la prevalencia 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 2009-

2014, 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 retículoendotelial (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 (15/6359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje. Se estima que para el año 2011, 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 2011 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 2008 fue de 418 960 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. 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 los análisis de vulnerabilidad territorial para cáncer a nivel departamental basado en indicadores sociales, de promoción de la salud, epidemiológicos, 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”. (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 nuevos1. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones2. 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 2030 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 (5).

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. Los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama. Los tipos más frecuentes de cáncer son diferentes en el hombre y en la mujer. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios (índice de masa corporal elevado,

consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) y, por lo tanto, pueden prevenirse. Las infecciones que pueden provocar cáncer, como las causadas por los virus de las hepatitis B y C y el del papiloma humano, son responsables del 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos y del 7% en los países de ingresos altos. El tabaquismo es el factor de riesgo que por sí solo provoca un mayor número de casos y a nivel mundial causa aproximadamente un 22% de las muertes por cáncer y un 71% de las muertes por cáncer de pulmón. El cáncer comienza con la transformación de una sola célula, que puede tener su origen en agentes externos y en factores genéticos heredados. El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas (1).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cuáles son los factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia?

1.2.2. Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo no modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica?

1.3. OBJETIVO

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital departamental Zacarías Correa Valdivia

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores de riesgo no modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica.
2. Reconocer los factores de riesgo modificables en los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El aumento de casos de cáncer en nuestra población es preocupante, en estos últimos años vemos que las estadísticas se han incrementado notablemente a raíz del desconocimiento de las personas y las malas prácticas alimentarias, malas prácticas saludables que se están teniendo a causa de esto no solo incrementa la morbilidad sino también la mortalidad en la población, cada año incrementan las causas de esta enfermedad porque la población acude a un centro de Salud o Hospital ya cuando los signos y síntomas están en su etapa más grave. A pesar de la importante cantidad de información que se posee que incluye artículos científicos, registros, bases de datos, se hace necesario aprovecharlas para realizar estudios que permitan conocer el comportamiento temporal de la enfermedad, generar hipótesis que puedan motivar a investigaciones con un alcance mayor. Por otra parte, el conocer lo que sucede en el medio con la enfermedad, posibilita tener referencias para desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención del problema; identificar poblaciones susceptibles, y actuar con oportunidad para limitar la incidencia.

se contribuyó con la población Huancavelicana concientizando a disminuir el consumo de comidas ahumadas, carnes rojas con exceso de sal, disminuir la ingesta de bebidas alcohólicas, fumar, las cuales son las primeras causas de muerte por cáncer y que las personas acudan al hospital o centro de salud más cercano cuando se presente alguna dolencia y no cuando el cáncer está en su último estadio, así podemos evitar la morbi- mortalidad en la población, también se debe evitar la automedicación por cualquier dolencia que presente porque a veces se empeora el cuadro por mal uso de estos medicamentos, lo

primero es acudir a realizarse chequeos médicos mensual o anuales por cualquier signo o síntoma que se presente y así disminuiremos las muertes de la población tanto joven como adulta para así ayudar en el desarrollo de nuestra tierra.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional

Jakszyn (13) realizó la tesis “Nitrosaminas y riesgo de cáncer gástrico”. **Objetivo**: Analizar el efecto de las Nitrosaminas sobre el riesgo de cáncer gástrico. **Material y método**: El estudio estuvo formado por 521457 individuos provenientes del estudio European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition provenientes de 23 centros de 10 países europeos. Para evaluar los niveles de exposición a NDMA (Nitrosodimetilamina), la principal NA de la dieta fue elaborada una tabla de composición de sustancias potencialmente cancerígenas. Con el objetivo de predecir los niveles de formación endógena fue creado un índice (ENOC) que estuvo basado en datos publicados previamente. **Conclusión**: un alto consumo de carnes rojas incrementaría el riesgo de cáncer gástrico. Existe evidencias sobre la interrelación de las

nitrosaminas endógenas, la infección por Helicobacter pilori y la vitamina C en el proceso de carcinogénesis gástrica.

A nivel nacional:

Objetivo general: Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015. **Métodos:** Se realizó un estudio relacional, realizado a 229 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, durante el año lectivo 2015. Se empleó dos guías de entrevista en la recolección de datos. Resultados: Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, el cual se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado en donde se encontró un valor calculado de ($X\ 2 = 2,70$; $P<0,047$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2015. **Conclusiones:** En conclusión, de acuerdo a la Hipótesis de investigación planteada en el presente estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación en donde se refiere a que existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco en el 2015

A nivel local:

a). **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que están cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia “2014-2016. Métodos. Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional transversal en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica. La muestra incluyó a pacientes con cáncer gástrico (n = 53); de quienes se realizó el análisis documental de contenido. Resultados. El 35,8% de pacientes con cáncer gástrico son de 61 a 70 años y 20,8%, 71 a 80 años de edad. Un 5,7%, son del género masculino y 45,3%, femenino y 64,2%, son del área rural y

35,8%, urbana. El 88,7% de pacientes atendidos presentan cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma y 11,3%, otros tipos. El 83,0% de pacientes con cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma están expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados, muy condimentados (sig. < ,05); 79,2%; a dietas pobre en frutas y verduras (sig. < ,05); y los otros factores ambientales como alcoholismo, tabaquismo y ocupación de riesgo no son significativos en la presencia del cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma. El 86,8%, presentaron gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia (sig. < ,05); 81,1%; anemia perniciosa (sig. < ,05); y los otros factores de riesgo pre malignos como pólipos gástricos y cirugía previa de estómago no son significativos en la presencia del cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma. El 86,8%, presentaron infección por helicobacter pylori (sig. < ,05).

b). Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2015. Método. La investigación fue analítica, transversal, observacional y retrospectivo. Nivel explicativo. Método inductivo, epidemiológico, diseño de casos - controles. La población de casos fue el total de CACU (15 casos) y los controles 45 seleccionados aleatoriamente de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2015. Se utilizó las pruebas estadísticas Chi2, corrección de yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Resultados: Los factores asociados al cáncer de cuello uterino fueron: inicio de las relaciones sexuales en mujeres < de 18 años (OR = 4,5), número de compañeros sexuales < 2 (OR = 0,2), número de compañeros sexuales de 2 a más (OR = 4,4), infecciones de transmisión sexual (OR = 6,2), infecciones de transmisión sexual por Chlamydia Trachomatis (OR = 6,8). Estos factores se asociaron con un Chi2 y corrección de Yates mayores a 3.841, P-valor < 0.05, para los grados de asociación todos con un IC 95% mayor que no contiene al 1. En cuanto a los factores: inicio de las relaciones sexuales en mujeres ≥ a 18 años, uso de métodos

anticonceptivos orales, infecciones de transmisión sexual por Herpes Simple e infecciones de transmisión sexual por Gardnerella se encontró un Chi2 y corrección de Yates menores a 3.841 y P-valor > 0.05. Conclusión: Los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino fueron: inicio de las relaciones sexuales en mujeres < 18 años, número de compañeros sexuales de 2 a más, infecciones de transmisión sexual, infecciones de transmisión sexual por Chlamydia Trachomatis. Se encontró un factor protector que es número de compañeros sexuales < 2.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría del cáncer

La palabra "cáncer" engloba hoy a más de 100 enfermedades: tienen en común una generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden diseminarse a otros órganos. pasqualini se ocupó de describir las teorías (que en su formulación involucran al menos a cinco premios nobel). "no hemos conseguido vencer al cáncer todavía -señaló-. pero hay 5 paradigmas que no podemos descartar" la teoría más antigua -que aún está en vigencia- habla de virus que causan cáncer. la había sugerido el estadounidense peyton rous en 1911, al descubrir un virus asociado a cáncer en pollos. pero nadie le creyó hasta la década del cincuenta. rous tenía razón y fue reconocido en 1966 con el premio nobel. hoy se sabe con más firmeza que los virus de las hepatitis b y c pueden causar tumores en el hígado y que ciertas cepas del virus del papiloma humano producen cáncer de cuello uterino. que el virus htlv-1 -pariente del vih- está vinculado a leucemias. y el virus epstein-barr estaría asociado a ciertas formas de linfomas y/o leucemias. en 1969, otros dos estadounidenses, robert huebner y george todaro, mencionaron la palabra "oncogen", postulando que había un gen en el organismo que se podía activar por rayos x o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable de la enfermedad. más adelante, la investigación de otros científicos llevó a descubrir que hay formas mutadas de genes que

pueden inducir el cambio de células normales en cancerosas. hoy, por ejemplo, se asocia al oncogen "myc" con cáncer de pulmón, leucemias y linfomas. A partir de 1984, también fue ganando espacio la teoría de otros genes encargados de frenar el proceso de descontrol. son los "genes supresores de tumor", que si fallan, pueden dejar que el cáncer avance. como lo es el llamado rb1, asociado a casos de retinoblastoma. en la década de los noventa, surgió la teoría génica, por la cual se postula que se produce una cascada de eventos, que combinan mutaciones de ciertos genes y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores. esa combinación trágica puede ser disparada por el consumo de tabaco, las dietas con grasas en exceso y la radiación ultravioleta, entre otros factores. “las aparentemente innumerables causas del cáncer -tabaco, sol, amianto, químicos, virus, todos estos y otros agentes- actuarían de la misma manera, tocando sobre un teclado genético para dañar algunos de nuestros genes en nuestro adn genómico", escribió michael bishop, una de las eminencias en la carrera contra este mal. pero la cadena de condiciones que deben darse para que las células se vuelvan cancerosas no terminaba allí. según contó pasqualini a clarín, "el grupo de células mutadas puede quedarse dormido durante mucho tiempo. por lo tanto, a principios de esta década, se descubrió que hace falta ayuda del microambiente para que las células se reproduzcan y formen un tumor". así, apareció la teoría de la inflamación, en la que tiene un papel protagónico el sistema inmune (sí, el mismo que defiende contra bacterias o virus). puede generar una respuesta en forma de inflamación, que puede favorecer o impedir el crecimiento de un tumor. por ejemplo -señaló el investigador del conicet, alberto baldi- la infección por la bacteria helicobacter pilori puede producir inflamación crónica del estómago y desencadenar cáncer. para pasqualini, las cinco teorías se complementan. y por si fuera poco, ya se vislumbra una sexta teoría: habría células, denominadas de reserva, que ya estarían afectadas por el cáncer, antes de que se especialicen (2)

2.2.2. Teoría del autocuidado.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

Teoría del autocuidado: en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suple al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que de Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar (3)

2.2.3. Cáncer

Es un término que agrupa a diversas enfermedades que tienen algunas características importantes en común. El cáncer afecta a nuestras células, que son la unidad básica del cuerpo para vivir, y consiste en una división de células anormales sin control. para entender el cáncer es importante conocer qué sucede cuando las células normales se convierten en cancerosas. El cuerpo se compone de muchos tipos de células. Normalmente las células crecen, se dividen, reproducen y mueren a medida que se necesita para mantener el cuerpo sano. Este ciclo celular posee varios sistemas de regulación y control para que todos los engranajes de su sofisticada maquinaria funcionen como un perfecto reloj. Sin embargo, a veces, el proceso se descontrola y las células se siguen dividiendo cuando no es necesario. La masa de células así formadas constituye una tumoración. Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos. Las células en los tumores benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Generalmente, se pueden eliminar mediante cirugía y en la mayoría de los casos no reaparecen. Lo más importante es que los tumores benignos raramente suponen una amenaza de muerte. Los tumores malignos son cancerosos. Las células en los tumores malignos son anormales y se dividen sin control ni orden. Las células cancerosas pueden invadir y destruir los tejidos de alrededor. Además, las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo para formar nuevos tumores, que se conocen como metástasis. en estos casos han fallado los mecanismos de control y bloqueo del ciclo normal de una célula (4).

Concepto

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego carcinoma, significa "cangrejo". se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. se considera a veces sinónimo de los términos "neoplasia" y "tumor"; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno. La palabra cáncer se utiliza para denominar un grupo de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado. la célula cancerosa "olvida" la capacidad para morir y se divide casi sin límite, estas células llegan a formar unas masas, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales, dando dar lugar a tumores sólidos o enfermedades hematológicas y/o linfáticas en función de los tejidos afectados. No todos los tumores son malignos (cancerosos). Hay tumores que crecen a un ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran los tejidos vecinos y se los considera "benignos" (5)

Tipos de cáncer

El tipo de cáncer se define, entre otras cosas, por el tejido u órgano en el que se formó, aunque pueden definirse tantos tipos de cánceres como enfermos, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicas. así, según el tejido de origen, podemos definirlos como:

Carcinomas. Se forman a partir de células epiteliales. Estas células tapizan la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales representan más del 80°/o de la totalidad de los cánceres, como cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros.

Sarcomas. Son cánceres que se forman a partir del tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso los más frecuentes son los, sarcomas óseos.

Leucemias. Se originan en la médula ósea, tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las

alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis).

Linfomas. Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos para definir qué tipo de célula lo ocasionó

La hiperplasia es una situación en la que se produce un aumento en la proliferación celular, manteniéndose la estructura celular normal habitualmente es una respuesta normal y reversible a un estímulo irritante.

La displasia es un proceso no canceroso en el cual existe una proliferación excesiva caracterizada por la pérdida de la organización normal de los tejidos, y de la arquitectura celular normal de ordinario es reversible, pero puede sufrir una transformación carcinomatosa, por esta razón, las áreas de displasia deben monitorizarse, y a veces, tratarse, el caso más severo de displasia llega a formar el carcinoma "in situ", confinada dentro de la barrera anatómica más inmediata al lugar en que se inició, en el proceso de transformación carcinomatosa las células pierden en distinto grado la capacidad de diferenciación o especialización de sus funciones, y además proliferan activamente (entran en "mitosis"), es decir, adquieren características "atípicas", estos cambios morfológicos en las células permiten clasificar a los tumores en diferentes grados, siendo tanto más agresivos cuanto más alto es su grado o indiferenciación, el creciente desarrollo de las técnicas de biología molecular, como los microarrays de genes, está permitiendo su clasificar con mucho más detalle los perfiles moleculares de cada tumor, al poder estudiar los perfiles de expresión génica o firmas genéticas del tumor, su aplicabilidad clínica es todavía muy limitada (5)

2.2.4. Dimensiones de los factores de riesgo de cáncer

A. Factores no modificables

Edad: la edad aumenta las probabilidades de tener esta enfermedad, afectando especialmente a aquellas mujeres

cercanas a la menopausia, aunque en los últimos años se ha observa a nivel mundial, la detección de la patología antes de los 40 años.

Sexo: las personas que tienen mayores riesgos de desarrollar cáncer de mama son las mujeres, de hecho, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, y si bien puede afectar también a los hombres, la proporción es mucho menor (es cien veces más frecuente en la mujer que en el hombre).

Raza y origen étnico: el cáncer de mama es el diagnóstico de cáncer más frecuente en las mujeres, a excepción del cáncer de piel, independientemente de la raza. Las mujeres de raza blanca tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las mujeres de raza negra, pero entre las mujeres menores de 45 años, la enfermedad es más frecuente en las mujeres de raza negra que en las mujeres jóvenes de raza blanca. Las mujeres de raza negra también tienen más probabilidades de morir a causa de la enfermedad. Los motivos de las diferencias de supervivencia incluyen diferencias en la biología, otras afecciones de salud y factores socioeconómicos que afectan el acceso a la atención médica. las mujeres de herencia judía asquenazi o de europa del este también tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama debido a que son más propensas a haber heredado una mutación del gen brca. Es menos común que se diagnostique el cáncer de mama en mujeres hispánicas, isleñas asiáticas o del pacífico y en mujeres nativas indígenas de américa del norte y de alaska. Tanto las mujeres de raza negra como las hispánicas son más propensas a recibir un diagnóstico de tumores más grandes y de cáncer en una fase más avanzada que las mujeres de raza blanca. sin embargo, las mujeres hispánicas en general tienen mejores tasas de supervivencia que las mujeres de raza blanca. Los diagnósticos de cáncer de mama han aumentado en la segunda generación de mujeres isleñas asiáticas y del pacífico e hispánicas, por razones aún desconocidas. Sin embargo, el

aumento probablemente se relacione con los cambios en la dieta y el estilo de vida asociados con la vida en los estados unidos. (6)

Antecedente personal: la genética. Tiene un papel decisivo en el 5% de los cánceres de mama y entre un 5-10% de los de colon. Las personas con antecedentes familiares de un mismo tipo de cáncer deben acudir al médico especialista para que valore la conveniencia de realizar un consejo genético u otras medidas. Puede sospecharse de un caso de cáncer de mama hereditario cuando aparece en familias en las que padecieron la enfermedad más de un familiar de primer grado (madre, hermana, o hija), o más de dos de segundo grado (tía, abuela); a edades tempranas (menores de 45 años); en forma bilateral (afectando a las dos mamas); en miembros masculinos de la familia; o en ciertas etnias. El mastólogo, luego de evaluar la historia personal y familiar, y en caso de detectar que la paciente pueda tener este particular riesgo elevado, indicará la realización de pruebas específicas para identificar las mutaciones en genes como el brca 1 y brca 2, que puedan favorecer el desarrollo de la enfermedad (6).

Antecedente familiar: de todos los factores conocidos que aumentan el riesgo de aparición de cáncer de mama, la historia familiar es uno de los factores con más peso. La presencia de un familiar de primer grado (madre, hermana, hija) con cáncer de mama aumenta el riesgo de padecer la enfermedad entre 1,5 a 3 veces por sobre la población general. Este riesgo aumenta cuanto más temprana es la edad de aparición en el familiar afectado, y con el número de casos en la familia. si bien la mayoría de las mujeres que presentan un cáncer de mama no tienen familiares afectados por esta enfermedad, los antecedentes familiares de cáncer de mama, ovario u otros tipos de cánceres son un factor de riesgo y deben ser siempre tenidos en cuenta en la consulta mastológica. Es importante conocer quiénes son los familiares afectados, tanto en la rama materna como paterna, así como también la edad en la que tuvieron la enfermedad. (7)

Menarquia temprana: las mujeres que comenzaron a menstruar (tener su período) antes de los 12 años tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama en el futuro. lo mismo se aplica a mujeres que atraviesan la menopausia después de los 55 años. Durante los últimos 15 años, las niñas han comenzado la pubertad a edades más tempranas. el desarrollo de las mamas ha comenzado incluso antes que los períodos menstruales. Este cambio inesperado se atribuyó a la epidemia de obesidad y a una gran exposición a disruptores hormonales, dado que un incremento en los niveles de hormonas desencadena el comienzo del desarrollo mamario y la pubertad. (1)

Menopausia tardía: la menopausia es el momento en la vida de la mujer que deja de funcionar el ovario dando paso a un estado en que se ha dejado de producir estrógenos en los ovarios. la fuente de estrógenos es solamente en la glándula suprarrenal, con una modificación en el tejido graso de la hormona que se produce en esta glándula a estrógenos (estradiol y estrona). Los tejidos de los órganos sexuales femeninos involucionan y ya no es posible la reproducción. el cáncer de mama tiene su mayor incidencia en esta etapa de la vida de la mujer, aunque observándose un descenso progresivo a partir de la menopausia. la menopausia precoz es un factor protector de padecer cáncer de mama. una mujer con una menopausia natural a los 45 años tiene la mitad de riesgo de padecer cáncer de mama que la mujer que tiene la menopausia a los 55 años. la extirpación de los ovarios también proporciona efecto protector en las mujeres con alteraciones genéticas de alto riesgo. (1)

B. Factores modificables.

Paridad: los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ (cis), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término

tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino.6,7 el motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto. (7)

Alimentación: los alimentos que se consumen de manera regular constituyen la alimentación o dieta. la alimentación se estudia como factor de riesgo de cáncer. Es difícil estudiar los efectos de la alimentación en el cáncer, porque lo que una persona come incluye alimentos que protegen contra el cáncer y alimentos que aumentan el riesgo de cáncer. Además, para la gente que participa en los estudios es difícil hacer un seguimiento de lo que come durante un período largo de tiempo esto tal vez sea por la que se obtienen resultados diferentes en los estudios sobre la manera en que la alimentación afecta el riesgo de cáncer en algunos estudios se observa que las frutas y las hortalizas no feculentas protegen contra cánceres de la boca, el esófago y el estómago las frutas también pueden proteger contra el cáncer de pulmón en algunos estudios se demostró que una alimentación con alto contenido de grasas, proteínas, calorías y carne roja aumenta el riesgo de cáncer colorrectal, pero esto no quedó demostrado en otros estudios no se sabe si una alimentación con bajo contenido de grasas y alto contenido de fibras y verduras reduce el riesgo de cáncer colorrectal (8).

Número de abortos: algunos estudios retrospectivos (de casos y de control) de los que se informó a mediados de la década de los noventa sugirieron que el aborto provocado (interrupción deliberada del embarazo) estaba asociado a un mayor riesgo de cáncer de seno. Sin embargo, dichos estudios presentaban

limitaciones importantes en su diseño que pudieron afectar los resultados una limitación clave fue depender de la información que presentaron las mismas participantes del estudio acerca de los antecedentes médicos, lo cual puede introducir sesgos los estudios prospectivos, los cuales tienen un diseño más riguroso y no se ven afectados por dichos sesgos, han demostrado consistentemente que no hay asociación entre el aborto provocado y el riesgo de cáncer de seno (20–25). Además, en el año 2009, el comité de prácticas ginecológicas del colegio estadounidense de obstetras y ginecólogos concluyó que “estudios recientes más rigurosos demostraron que no existe relación causal entre el aborto provocado y un aumento subsecuente del riesgo de cáncer de seno”

Los hallazgos más importantes de estos estudios son:

a. las mujeres que han tenido un aborto provocado presentan el mismo riesgo de cáncer de seno que otras mujeres.

b. las mujeres que han tenido un aborto espontáneo corren el mismo riesgo de cáncer de seno que otras mujeres.

c. otros cánceres, aparte del cáncer de seno, parecen también no tener relación con antecedentes de aborto provocado o espontáneo (7).

Uso de anticonceptivos orales: el estrógeno y la progesterona, los cuales se producen naturalmente en el cuerpo de la mujer, estimulan la formación y el crecimiento de algunos cánceres (p. ej., cánceres que expresan receptores para estas hormonas, como el cáncer de seno). ya que las píldoras para el control de la natalidad contienen versiones sintéticas de estas hormonas femeninas, ellas podrían también aumentar el riesgo de cáncer. Además, los anticonceptivos orales podrían aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino (cáncer cervical) al cambiar la susceptibilidad de las células del cuello uterino a una infección persistente por los tipos de vph de riesgo alto (la causa prácticamente de todos los cánceres cervicales). los investigadores han propuesto muchas formas por

las que los anticonceptivos orales puedan hacer que disminuyan los riesgos de algunos cánceres, como: suprimiendo la proliferación de las células del endometrio (cáncer de endometrio) reduciendo el número de ovulaciones que experimenta una mujer en su vida, lo cual reduciría la exposición a las hormonas femeninas producidas naturalmente por el cuerpo de la mujer (cáncer de ovario) haciendo que bajen las concentraciones de los ácidos biliares en la sangre para mujeres que toman estrógenos orales conjugados (cáncer colorrectal). (7)

Uso de terapia hormonal sustitutiva:

Los estrógenos, un grupo de hormonas sexuales femeninas, se sabe que son carcinógenos humanos. Aunque estas hormonas tienen funciones fisiológicas esenciales tanto en mujeres como en hombres, ellas han sido también asociadas con un mayor riesgo de ciertos cánceres. por ejemplo, al tomar una terapia hormonal combinada para la menopausia (estrógeno más progestina, la cual es una forma sintética de la hormona femenina progesterona) se puede aumentar el riesgo de una mujer de padecer cáncer de seno o mama. la terapia hormonal para la menopausia con estrógeno solo aumenta el riesgo de cáncer de endometrio y se usa solo en mujeres que han tenido una histerectomía. la mujer que considere recibir terapia hormonal para la menopausia deberá hablar con su doctor de los posibles riesgos y beneficios de la misma. Estudios han indicado también que el riesgo de una mujer de presentar cáncer de seno está relacionado con el estrógeno y la progesterona producidos por sus ovarios (lo que se conoce como estrógeno y progesterona endógenos). la exposición por largo tiempo o las concentraciones elevadas de estas hormonas han estado relacionadas con un mayor riesgo de cáncer de seno. Aumentos en la exposición pueden ser causados por empezar la menstruación a una edad más joven, por llegar a la menopausia a una edad más tardía, tener más años cuando sucede el primer embarazo, y nunca haber dado a luz. por el contrario, haber dado a luz es un factor

protector de cáncer de seno. el dietilestilbestrol (des) es una forma de estrógeno que se recetaba a mujeres embarazadas en los estados unidos entre 1940 y 1971 para prevenir abortos, prevenir el inicio prematuro del parto y problemas relacionados con el embarazo. las mujeres que recibieron des durante el embarazo tienen un riesgo mayor de cáncer de seno (mama). sus hijas tienen un riesgo mayor de un cáncer de vagina o de cérvix o cuello uterino. se están estudiando los efectos en los hijos y en los nietos de la mujer que haya tomado des durante el embarazo. (7)

Obesidad: el sobrepeso es un factor de riesgo importante. Controlarlo, especialmente en la infancia, disminuiría la incidencia del cáncer a largo plazo. Entre los tumores relacionados con una mala alimentación están los de colon y recto, mama, próstata, endometrio (en matriz o útero). En este sentido, se recomienda que la dieta sea variable, suficiente en cantidad de nutrientes, rica en frutas frescas, verduras, harinas integrales el consumo de celulosa contenida en estos productos reduce el riesgo de padecer cáncer de colon. (9)

Consumo de alcohol: se relaciona con tumores de hígado y se sabe aumenta moderadamente el riesgo de padecer cáncer de mama si por añadidura se fuma, el riesgo para desarrollar tumores de cavidad oral y esófago, aumenta.

Consumo de tabaco: fumar. El consumo de tabaco en todas sus formas (cigarro, puro, tabaco de pipa) es el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, lengua, vejiga y riñón. Aún más importante: el efecto perjudicial de éste afecta no solo a los fumadores activos sino también a aquellos denominados fumadores pasivos. Dejar de fumar, educar y convencer del daño que es capaz de ocasionar, disminuiría la incidencia de cáncer de una manera importante.

Presencia de estrés: un estudio realizado afirma que el estrés influye en la presencia del cáncer de próstata. El informe presentado por el albert einsten college of medicine de nuw york

resaltó la relación que existe entre el estrés y la propagación de cáncer en el organismo. Los investigadores neoyorquinos observaron que el sistema nervioso simpático genera noradrenalina, también llamada 'hormona del estrés', que al unirse con las células tumorales libera los productos químicos que generan el cáncer. Asimismo el sistema nervioso parasimpático, que ayuda al cuerpo a relajarse y conservar energía, contribuye a propagar el tumor. Esto lo comprobaron al analizar los tumores agresivos que contenías más fibras nerviosas, que los tumores no agresivos. Estas fibras nerviosas harían una especia de red para propagar el cáncer. Un 17% de hombres peruanos admitieron que viven bajo un alto nivel de estrés, causado por dificultades económicas, problemas de salud, inseguridad ciudadana y estrés laboral. Estos datos fueron arrojados por una encuesta realizada en el 2015 por el instituto de análisis y comunicación integración.

Las prácticas sexuales sin protección: protegerse durante las relaciones sexuales disminuiría la incidencia del virus del papiloma humano (vph), agente íntimamente relacionado con el cáncer de cuello uterino, cavidad oral y amígdala.

La exposición a la luz solar: tomar la luz del sol no es malo si se hace con precaución. El problema es la obsesión por obtener una "piel canela" de manera rápida y para colmo sin protección de las irradiaciones ultravioleta. Estudios epidemiológicos han demostrado una relación causal entre la exposición prolongada a la radiación solar y la aparición de cáncer de piel para una persona de tez clara en latitudes subtropicales, se sugiere que el tiempo máximo de exposición diaria recomendable sin el uso de protectores solares es de 30 minutos. Sujetos de tez más oscura al parecer tienen más resistencia al efecto de las radiaciones ultravioleta, pero, aún en ellos, es preferible el uso de protectores solares. es recomendable observar regularmente el aspecto de la piel, sobre todo las manchas (lunares) que se poseen, así como de aquellas de "aparición" reciente y observar si han variado de

tamaño, forma o color o incluso si éstas causan “comezón” o “prurito”. Cualquier cambio de éstas, debe ser evaluado por un médico especialista, con objeto de realizar un diagnóstico temprano del cáncer de piel.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Cáncer. El uso del concepto suele referir al conjunto de enfermedades que implican un exceso de células malignas (las células cancerígenas), lo que produce una invasión del tejido circundante o la metástasis (la propagación a distancia de estas células) que lleva al desarrollo de nuevos tumores. Las células se reproducen en la medida en la que el cuerpo así lo requiere y van sustituyéndose (nacen nuevas y las que ya no sirven se mueren); el cáncer se hace presente cuando la reproducción de células tiene lugar de forma descontrolada, dividiéndose demasiado deprisa o porque las células que ya no sirven parecen haber olvidado cómo morir (22).
- **Factor de riesgo:** Un factor de riesgo es todo aquello que está vinculado a su probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar, pueden cambiarse. Otros factores, como la edad o los antecedentes familiares, no se pueden cambiar.
- **Genéticos:** las personas más susceptibles al cáncer son aquellas que son portadoras de ciertos genes que controlan el ciclo de la célula o los mecanismos de respuesta inmunológica. También puede ocurrir que ante la influencia de un factor externo (ambiental o un virus) se dé una mutación que lleve a la transformación maligna de las células.
- **Inmunológicos:** las alteraciones del sistema inmune, congénitas o adquiridas, favorecen la proliferación de células malignas en los tejidos. La respuesta inmune controla, en situaciones normales, los efectos deletéreos (dañinos) producidos por las infecciones en el

cuerpo humano y, además, es la encargada de eliminar las células alteradas (por ejemplo, con mutaciones) para que no dañen los tejidos.

- **Nutricionales:** las deficiencias nutricionales vuelven a las personas vulnerables a esta enfermedad, pues están relacionadas con el sistema inmunológico. También se ha establecido que la ingesta desmedida de ciertos alimentos como grasas saturadas o alimentos excesivamente cocinados, puede contribuir al desarrollo del cáncer.
- **Ambientales:** la exposición a sustancias como el tabaco tiene la posibilidad de generar varios tipos de cáncer, como de pulmón, laringe y lengua, y algunos menos obvios como el cáncer de estómago y de vejiga. Así mismo, la exposición a la radiación solar, a sustancias químicas como el asbesto, a la contaminación del aire y a las ondas electromagnéticas, son objeto de intenso estudio, puesto que existen ya evidencias que las vinculan con algunos tipos de cáncer.
- **Microorganismos, en particular virus:** está demostrado que algunos virus son condición necesaria para que se desarrolle el cáncer. Tal es el caso del Virus del Papiloma Humano, de transmisión sexual y de altísima prevalencia (es decir lo tiene una alta proporción de la población mundial, hombres y mujeres), factor necesario en la génesis del cáncer de cuello uterino. Otros virus, como el de la Hepatitis B, son agentes causales del cáncer de hígado.
- **Paciente diagnosticado:** Es la persona con diagnóstico confirmado de cáncer gástrico a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.
- **Cáncer invasivo:** el cáncer que se ha diseminado fuera de la capa de tejido en la que se originó y que tiene la capacidad de crecer en otros tejidos o partes del cuerpo, también denominado cáncer infiltrante.
- **Cáncer localizado:** el cáncer que está confinado al área en la que se originó y que no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

- **Cáncer primario:** describe el cáncer original.
- **Cáncer secundario:** describe un nuevo cáncer primario (un tipo diferente de cáncer) que se desarrolla después del tratamiento del primer tipo de cáncer, o el cáncer que se ha diseminado a otras partes del cuerpo desde el lugar en el que se originó.
- **Carcinoma:** el cáncer que se origina en la piel o en los tejidos que recubren el interior o cubren el exterior de los órganos internos.
- **Células:** las unidades básicas que constituyen el cuerpo humano.
- **Crónico:** se refiere a una enfermedad o una afección que persiste, por lo general, lentamente, por mucho tiempo.
- **Detección:** el proceso de verificar si una persona tiene una enfermedad o una mayor probabilidad de tener una enfermedad cuando la persona no presenta síntomas.
- **Estadio:** una manera de describir el cáncer, por ejemplo, dónde está ubicado, si se ha diseminado y hacia dónde, y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo.
- **Ganglios linfáticos:** órganos minúsculos con forma de guisante que ayudan a combatir las infecciones. Son parte del sistema linfático.
- **Leucemia:** un cáncer de la sangre. La leucemia comienza cuando los glóbulos blancos normales cambian y crecen sin control.
- **Linfoma:** un cáncer del sistema linfático. El linfoma se origina cuando las células del sistema linfático cambian y se multiplican sin control. A veces se forma un tumor.
- **Maligno:** se refiere a un tumor que es canceroso. Puede invadir el tejido sano circundante o diseminarse a otras partes del cuerpo.
- **Masa:** una protuberancia en el cuerpo.
- **Médula ósea:** el tejido blando y esponjoso que se encuentra en el centro de los huesos grandes, donde se forman las células sanguíneas.
- **Metástasis:** diseminación del cáncer desde el lugar donde se originó hacia otra parte del cuerpo. Las células cancerosas se pueden separar del tumor primario y viajar a través de la sangre o el sistema

linfático a los ganglios linfáticos, el cerebro, los pulmones, los huesos, el hígado u otros órganos.

- **Oncología:** el estudio del cáncer.
- **Oncólogo:** médico que se especializa en el tratamiento de las personas con cáncer. Los cinco tipos principales de oncólogos son los oncólogos clínicos, ginecológicos, pediátricos, cirujanos y de radioterapia. Obtenga más información sobre los tipos de oncólogos.
- **Patólogo:** médico que se especializa en interpretar análisis de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades.
- **Pólipo:** un crecimiento de tejido normal que suele sobresalir del revestimiento interno de un órgano, como el colon.
- **Precanceroso:** se refiere a las células que tienen la posibilidad de convertirse en cancerosas. También se denominan pre malignas
- **Predisposición:** la tendencia a tener una enfermedad que puede desencadenarse en determinadas condiciones. Por ejemplo, si bien una predisposición genética a tener cáncer aumenta el riesgo de una persona de tener cáncer, no se sabe con certeza si la persona lo tendrá. Obtenga más información sobre la genética.
- **Pronóstico:** la posibilidad de recuperación; una predicción del resultado de una enfermedad. Obtenga más información sobre las estadísticas de supervivencia que se usan para calcular el pronóstico de un paciente.
- **Quimio prevención:** el uso de sustancias naturales, sintéticas (elaboradas en un laboratorio) o biológicas (provenientes de una fuente viviente) para revertir, disminuir o prevenir el desarrollo del cáncer.
- **Quimioterapia:** el uso de fármacos para eliminar las células cancerosas.

2.3. DEFINICN OPERATIVA DE VARIABLE E INDICADORES

Variable:

Factores de Riesgo de cáncer

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER

DEFICION CONCEPTUAL: Procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a las satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.		
DEFINICION OPERACIONAL: La evaluación de la variable factores de riesgo de cáncer se hará utilizando un cuestionario, el cual será aplicado a los pacientes en el Hospital Departamental de Huancavelica el cuestionario consta de 2 dimensiones y 50 Ítems.		
DIMENSIONES	**INDICADORES**	**ITEM**
Factores no modificables	• Edad	Datos referenciales
	• Raza	Datos referenciales
	• Historia personal	1.- ¿Conoce usted que es el cáncer? SI ( ) NO ( ) 2.- ¿Para usted el cáncer tiene cura? SI ( ) NO ( ) 3.- ¿Fue detectado a tiempo el cáncer que usted tiene? SI ( ) NO ( ) 4.- ¿Conoce usted el tipo de cáncer que tiene? •OJO Si es si coloque el tipo de cáncer que tiene. SI ( ) NO ( ) 5.-¿Usted recibe tratamiento actualmente? SI ( ) NO ( ) 6.- ¿Usted se realiza el autoexamen de las mamas? SI ( ) NO ( ) 7.- ¿Usted se realiza un chequeo médico general? SI ( ) NO ( ) 8.-¿Usted ha sentido dolor en la espalda, principalmente en la región lumbar?

		SI ( ) NO ( ) 9.- ¿Usted cuando eyacula siente dolor? SI ( ) NO ( ) 10.- ¿Usted ha sentido dolor intenso al palpar el escroto? SI ( ) NO( ) 11.- ¿Usted ha sentido que últimamente se le ha caído el cabello más de lo normal? SI ( ) NO ( ) 12.- ¿Usted ha sentido que le arde el cuero cabelludo? SI ( ) NO ( ) 13.- ¿Usted controla su peso? SI ( ) NO ( ) 14.- ¿Usted utiliza protección solar? SI ( ) NO ( )
	• Historia familiar	15.- ¿Algún familiar a tenido cáncer? SI ( ) NO ( ) 16.- ¿Fue detectado a tiempo el cáncer que tenía su familiar? SI ( ) NO ( ) 17.- ¿Recibió tratamiento adecuado su familiar? SI ( ) NO ( )
	• Menarquia temprana	Edad de su primera menstruación Edad de su última menstruación
	• Menopausia Tardía	18.- ¿Usted se ha sentido sofocado últimamente? SI ( ) NO ( ) 19.- ¿Usted se siente irritada? SI ( ) NO ( ) 20.- ¿Usted últimamente se ha sentido cansado? SI ( ) NO ( )

Factores Modificables	● Alimentación	1.- ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día? SI ( ) NO ( ) 2.- ¿Añades sal a las comidas en la mesa? SI ( ) NO ( ) 3.- ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la Semana? SI ( ) NO ( ) 4.- ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana? SI ( ) NO ( ) 5.- ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día? SI ( ) NO ( ) 6.-¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales desayuno, almuerzo, cena y 1 refrigerio? SI ( ) NO ( ) 7.- ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en Grasa? SI ( ) NO ( ) 8.- ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana? SI ( ) NO ( ) 9.- ¿Consumes embutidos (¿jamona da, mortadela, Jamón, salchicha, tocino? SI ( ) NO ( ) 10.- ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación? SI ( ) NO ( ) 11.- ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus Alimentos? SI ( ) NO ( ) 12.- ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras? SI ( ) NO ( )

		13.- ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al Horno, al vapor, a la parrilla? SI ( ) NO ( ) 14.- ¿Desayunas todos los días? SI ( ) NO ( )
	● Número de abortos	15.- ¿Usted tubo abortos? SI ( ) NO ( ) 16.- ¿El aborto que tubo fue provocado? SI ( ) NO ( ) 17.- ¿El aborto que tubo fue accidental? SI ( ) NO ( )
	● Uso de anticonceptivos orales	18.- ¿Usted utiliza métodos anticonceptivos? SI ( ) NO ( )
	● Usos de terapia hormonal sustitutiva	19.- ¿Usted recibió tratamiento para tener hijos? SI ( ) NO ( )
	● Obesidad	Peso Talla IMC
	● Consumo de alcohol	20.- ¿Usted consume o consumió alcohol? SI ( ) NO ( ) 21.- ¿Usted consume o consumió alcohol 2 veces a la semana? SI ( ) NO ( )
	● Tabaco	22.- ¿Usted fumaba? SI ( ) NO ( ) 23.- ¿Usted consumía una cajetilla de cigarros ala semana? SI ( ) NO ( ) 24.- ¿Usted creía que era una necesidad fumar y beber licor?

		SI ( ) NO ( ) 25.- ¿Usted cuando toceaba eliminaba esputo con sangre? SI ( ) NO ( ) 26.- ¿Usted sentía dolor en el pecho que a menudo empeora cuando respira profundamente, tose o se ríe? SI ( ) NO ( )
	● Presencia de estrés	27.- ¿Usted se ha sentido tenso ansioso o alterado? SI ( ) NO ( ) 28.- ¿Usted se ha sentido bajo de energía exhausto, cansado o incapaz de terminar las cosas? SI ( ) NO ( ) 29.- ¿Usted se ha sentido triste, deprimido, bajo de humor y sin esperanza? SI ( ) NO ( ) 30.- ¿Usted ha estado en situaciones desagradables y se ha sentido sin esperanza? SI ( ) NO ( )

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Investigación básica. La que tiene por fin ampliar el conocimiento científico, sin perseguir, en principio, ninguna aplicación práctica (25).

Nivel Descriptiva: Es la que no busca profundizar en explicaciones o establecer relaciones causales en un hecho o fenómeno, sino que se limita a describir las características y aspectos generales o particulares de los mismos (26).

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método Inductivo: parte del estudio de lo particular, estableciendo las características que le permitan llegar a lo general (27).

Se procederá a establecer los factores de riesgo de cáncer a través de una encuesta. Teniendo los datos específicos de cáncer otorgados por el centro de estadística del Hospital Departamental Zacarías Correa

Valdivia se podrá establecer la incidencia de esta patología general y especifico por cada tipo de cáncer.

Método Deductivo: toma lo general como punto de partida para llegar a aspectos particulares y de carácter puntual (27).

Teniendo los datos sobre los diferentes tipos de cáncer se podrá establecer cuál es el más frecuente.

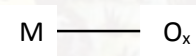
Método de Análisis/Síntesis: es el estudio pormenorizado de cada uno de los componentes de un todo, de una realidad. Una vez culminada dicha labor se pasa a la síntesis, como el agolpamiento lógico y ordenado de los estudios parciales efectuados (27).

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño a utilizar es el **no experimental, transversal, descriptivo** (28).

- No experimental, no existe manipulación deliberada de la variable.
- Transversal, los datos se recolectan en un solo momento.

Diagrama:



Leyenda:

M_1 = Muestra de pacientes atendidos en el hospital departamental de Huancavelica

O = Observación de las variables.

X = Factores de riesgo de cáncer.

3.4. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

3.4.1. Población

El estudio se realizó en el Hospital Departamental de Huancavelica "Zacarías Correa Valdivia"; teniendo como población teórica 39 Pacientes diagnosticados con Cáncer durante el periodo 2018 que son monitorizados en el servicio de Prevención y Control del Cáncer.

3.4.2. Muestra

Lo constituyó 39 pacientes diagnosticados con cáncer durante el periodo 2018.

● Criterios de inclusión

Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados con cáncer durante el periodo 2018 en el Hospital Departamental "Zacarías Correa Valdivia" para análisis de la variable del estudio.

● Criterios de exclusión

Pacientes fallecidos con el diagnóstico de cáncer durante el periodo 2018 en el Hospital Departamental "Zacarías Correa Valdivia".

3.4.3. Muestreo

La selección de la población objetivo/unidad de análisis fue a través del muestreo no probabilístico de criterio, para lo cual se consideró lo siguiente:

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variables	Técnica	Instrumento
Factores de riesgo de cáncer	Encuesta	Cuestionario

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizaron las coordinaciones pertinentes con la dirección del Hospital y del servicio de Vigilancia y Control del cáncer para tener acceso al número total de pacientes diagnosticados con cáncer. Se

realizó las coordinaciones con el encargado de estadísticas e informática para poder acceder a la información Se aplicó el cuestionario a los pacientes diagnosticados con cáncer. Se obtienen resultados.

Para la recolección de datos fue a través de los siguientes pasos:

a) Determinación de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.
b) Coordinación con la asesora de tesis para proceder con la recolección de datos.
c) Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
d) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
e) Se procedió con el análisis estadístico haciendo uso de la hoja de cálculo Microsoft office Excel 2016 e IBM SPSS 24, simultáneamente estos resultados se transfirieron al procesador de texto Microsoft Word 2016 para la presentación final de los resultados.
f) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos se procedieron al análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones.

3.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

- Técnicas estadísticas:

  Estadística descriptiva. Tabla de frecuencias con sus respecti
  gráficos

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición sobre factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia 2018.

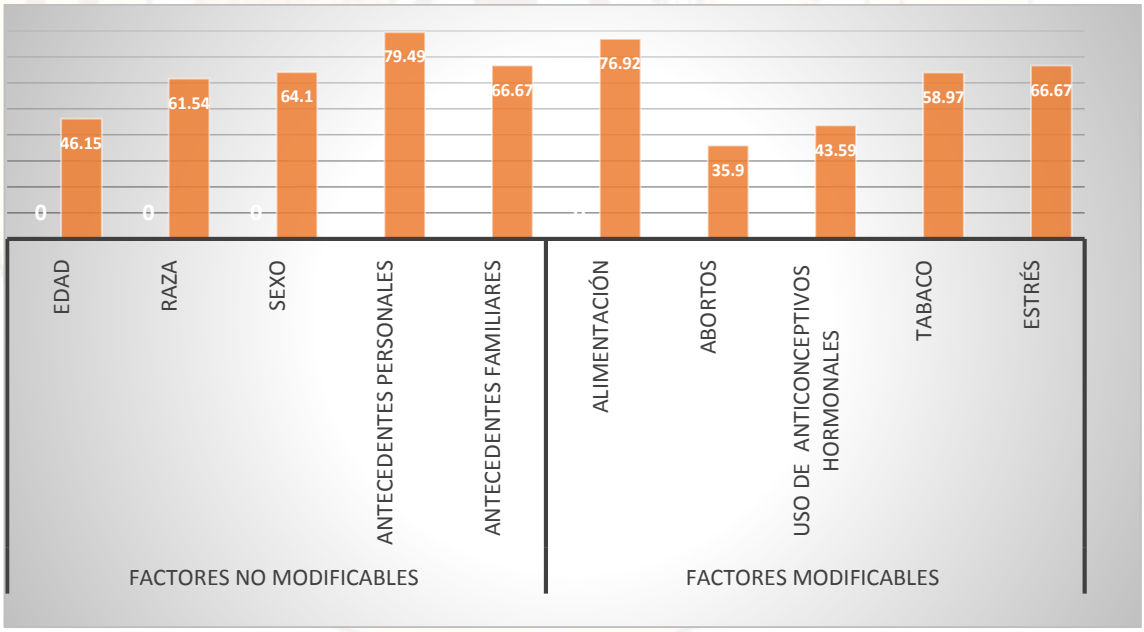
Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

TABLA N° 01: Factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia

FACTORES DE RIESGO			fi	f%
FACTORES NO MODIFICABLES	Edad	> de 60 años	18	46.15
	Raza	Mestizo	24	61.54
	Sexo	Femenino	25	64.1
	Antecedentes personales		31	79.49
	Antecedentes familiares		26	66.67
FACTORES MODIFICABLES	Alimentación	No saludable	30	76.92
	Abortos		14	35.9
	Uso de Anticonceptivos hormonales		17	43.59
	Tabaco		23	58.97
	Estrés		26	66.67

Fuente: Instrumento Aplicado 2018

GRAFICO N° 01: Factores de riesgo de cáncer en pacientes del Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia



Fuente: Tabla N° 01

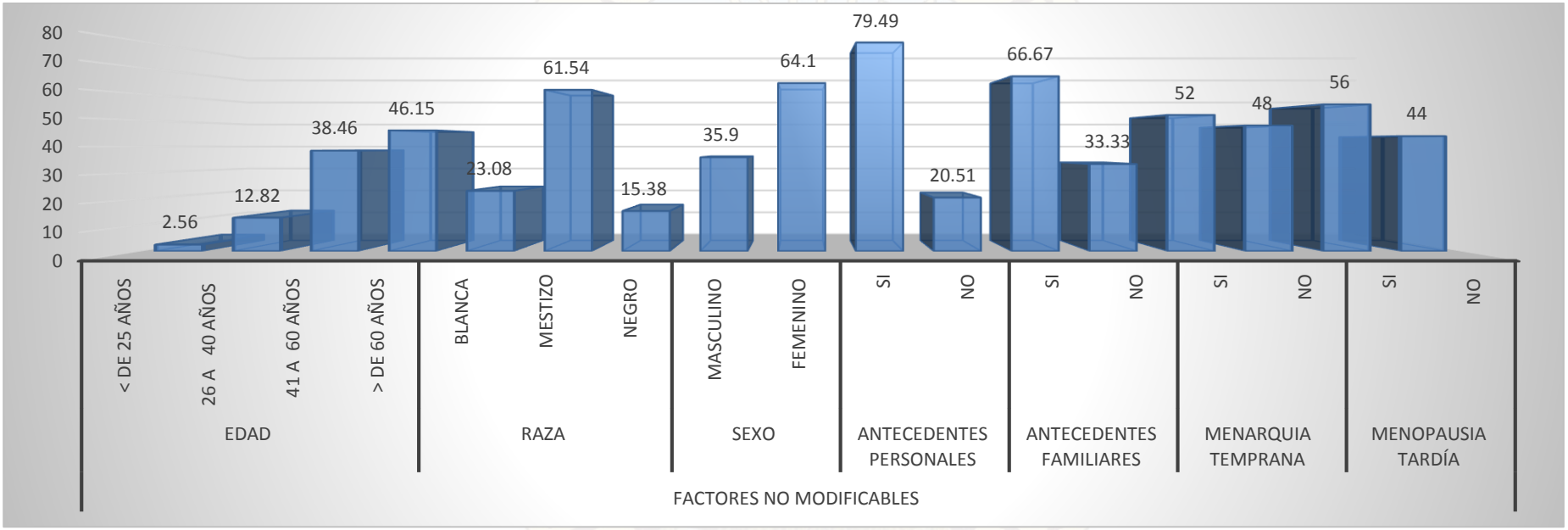
En la tabla y grafico N° 01 en los factores de riesgo no modificables el 46.15% son mayores de 60 años, 64.1% de sexo femenino, 79.47% tuvieron antecedentes personales, en los factores de riesgo modificables el 76.92% no tenían alimentación saludable, de 25 mujeres diagnosticadas con cáncer el 35.9% tuvieron abortos y el 43.59% utilizaban anticonceptivos hormonales, de 39 pacientes diagnosticadas con cáncer el 58.97% no consumía tabaco, 66.67% tenían estrés.

TABLA N° 02: Factores de riesgo no modificables de cáncer que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica

FACTORES NO MODIFICABLES		fi	f%
Edad	< de 25 años	1	2.56
	26 a 40 años	5	12.82
	41 a 60 años	15	38.46
	> de 60 años	18	46.15
TOTAL		**39**	**100.00**
Raza	Blanca	9	23.08
	Mestizo	24	61.54
	Negro	6	15.38
TOTAL		**39**	**100.00**
Sexo	Masculino	14	35.90
	Femenino	25	64.10
TOTAL		**39**	**100.00**
Antecedentes personales	SI	31	79.49
	NO	8	20.51
TOTAL		**39**	**100.00**
Antecedentes familiares	SI	26	66.67
	NO	13	33.33
TOTAL		**39**	**100.00**
Menarquia temprana	SI	13	52.00
	NO	12	48.00
TOTAL		**25**	**100.00**
Menopausia Tardía	SI	14	56.00
	NO	11	44.00
TOTAL		**25**	**100.00**

Fuente: Instrumento aplicado 2018

GRAFICO N°02: Factores de riesgo no modificables de cáncer que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica



Fuente: Tabla N° 02

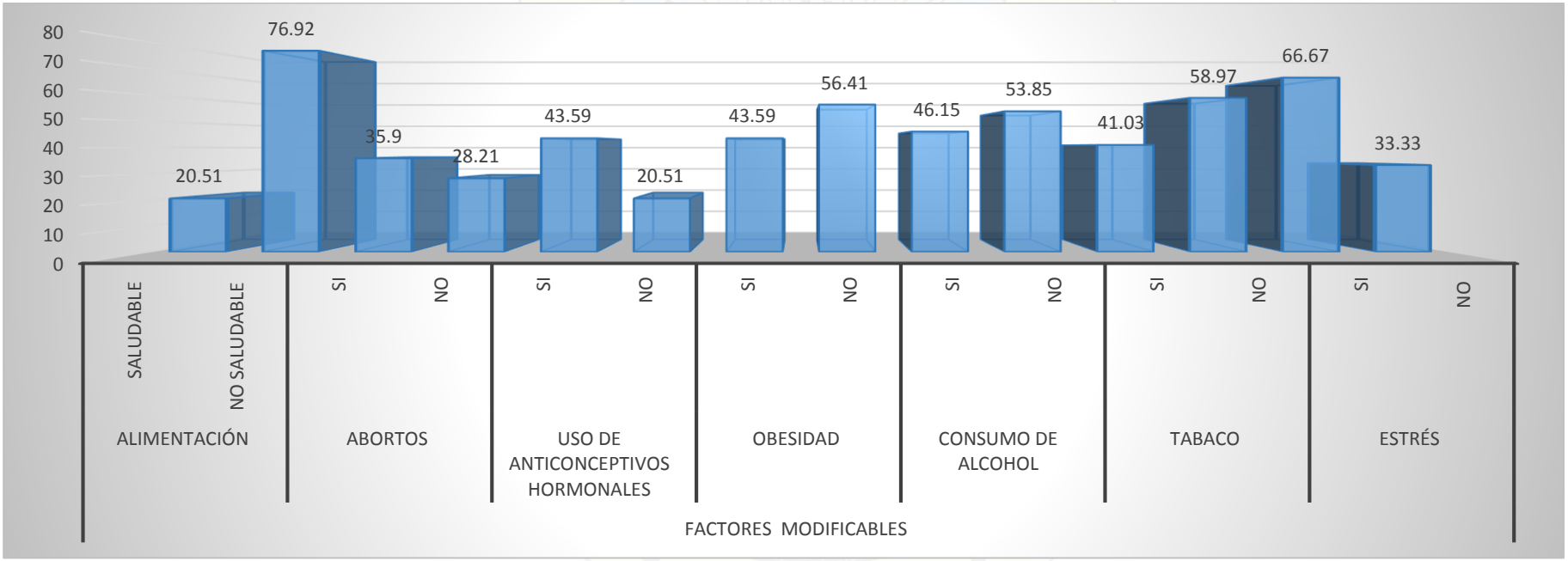
En la Tabla y Gráfico Nº 02 se observa que el 46.15 % de personas diagnosticadas con cáncer en el Hospital Departamental de Huancavelica son mayores de 60 años y el 2.56 % son menores de 25 años, 61,54 % fueron de raza mestiza y el 15.38% de raza negra, 64.10 % son de sexo femenino y el 35.9% del sexo masculino, 79.49% manifestaron que tuvieron antecedentes personales, 66.67% tuvieron antecedentes familiares de 25 mujeres diagnosticadas con cáncer el 52% tuvieron menarquia temprana, el 56% tuvieron menopausia tardía y el 44% no tuvieron menopausia tardía.

TABLA N° 03: Factores de riesgo modificables de cáncer que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica

FACTORES MODIFICABLES		fi	f%
Alimentación	Saludable	8	20.51
	No saludable	30	76.92
TOTAL		**38**	**97.44**
Abortos	SI	14	35.90
	NO	11	28.21
TOTAL		**25**	**64.10**
Uso de Anticonceptivos hormonales	SI	17	43.59
	NO	8	20.51
TOTAL		**25**	**64.10**
Obesidad	SI	17	43.59
	NO	22	56.41
TOTAL		**39**	**100.00**
Consumo de alcohol	SI	18	46.15
	NO	21	53.85
TOTAL		**39**	**100.00**
Tabaco	SI	16	41.03
	NO	23	58.97
TOTAL		**39**	**100.00**
Estrés	SI	26	66.67
	NO	13	33.33
TOTAL		**39**	**100.00**

Fuente: Instrumento aplicado 2018

GRAFICO N° 03: Factores de riesgo modificables de cáncer que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica



Fuente: Tabla N° 03

En la tabla y grafico N° 03 el 76.92% tuvieron una alimentación no saludable, de 25 pacientes de sexo femenino el 35.9% tuvieron abortos, 43.59% tuvieron abortos, de 39 pacientes diagnosticados con cáncer el 56.41% son obesos y el 43.59% no son obesos, 53.85% no consumieron alcohol y el 46.15% si consumieron alcohol, 58.97% no consumieron tabaco y el 41.03% si consumieron tabaco, 66.67% tuvieron estrés y el 33.33% no tuvieron estrés

4.2. ANALISIS DE DATOS

En los Factores de riesgo no modificables se encontró un total de 100 % (39) pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Departamental de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia, las personas más vulnerables son los mayores de 60 años ya que 46.15% (18) fueron diagnosticados con cáncer y el 2.56% (1) son menores de 25 años , 61.54% (24) son de raza mestiza, 64.10 % (25) son de sexo femenino y el 35.90% (14) son de sexo masculino, 79.49% (31) tienen antecedentes personales, 66.67 % (26) con antecedentes familiares de 64.10% (25) de pacientes del sexo femenino el 52% (13) tuvieron menarquia temprana, 56% (14) tuvieron menopausia tardía.

Es un problema de salud pública en los países donde los sistemas de salud tienen organizados programas de prevención y ofrecen alternativas terapéuticas; en tal escenario la mortalidad por cáncer se eleva dramáticamente ya que no hay interés de parte de la población acudir a estos programas que ofrece el estado para su salud.

En los factores modificables en el indicador de alimentación el 76.92% (30) no tuvieron una alimentación saludable, 20.51% (8) si tuvieron una alimentación saludable, 64.10% (25) pacientes de sexo femenino el 35.90% (14) tuvieron abortos, 43.59% (17) utilizaron anticonceptivos hormonales, 100% (39) pacientes diagnosticados con cáncer el 46.15% (18) consumían alcohol y el 53.85% (21) no consumían alcohol, el 58.97% (23) no consumían tabaco, 66.67% (26) tenían estrés.

Difieren de los encontrados de MINSA PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE CANCER EN EL PERU 2016. En el Perú, los resultados de la encuesta mostraron que el 20,1% de las mujeres de 30 a 59 años de edad se han realizado algún examen físico de mama, por un médico, obstetra o enfermera en los últimos 12 meses. Por área de residencia, el 24,5% de mujeres del área urbana accedieron a realizarse un examen clínico de mama; mientras que en el área rural el porcentaje alcanzó el 11,5%. De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró que en Lima Metropolitana el 29,1% de las mujeres reportaron que un médico u otro profesional de la salud les habían realizado un examen físico de

mama, en los últimos 12 meses. En mujeres de la Sierra fue el 14,6% y en la Selva 14,0% (6).

Los tipos de cáncer más frecuentes en el Perú son el de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. Es posible realizar pruebas de despistaje en la mayoría de estos casos mencionados. Existen grupos de investigación que han desarrollado guías de práctica clínica que sirven para conocer los principales tipos que pueden ser detectados precozmente, las diferentes pruebas de descarte y la periodicidad con que deben realizarse. Es importante que los grupos poblacionales en riesgo para algún tipo de cáncer prevenible recurran a chequeos médicos periódicos para descartar esta enfermedad. Las intervenciones destinadas a la detección han demostrado ser costo-efectivas para reducir la morbimortalidad por cáncer. Para el cáncer de cérvix hay varias pruebas para descarte como son el Papanicolaou (PAP), la inspección visual con ácido acético (IVAA) y las pruebas de detección de ADN para VPH cada una con su respectiva efectividad para detectar casos precoces de cáncer. De igual forma muchos estudios han valorado las pruebas de descarte en cáncer de mama; estrategias como auto-examen de mama y la mamografía en grupos etarios bien delimitados. También, es posible realizar detección del cáncer de estómago mediante la endoscopia y la detección de Helicobacter Pylori. Del mismo modo se puede realizar tacto rectal en varones entre la cuarta y quinta década de la vida para detección precoz del cáncer de próstata. Sin embargo, estas intervenciones no son efectivas si las personas, objeto de estas pruebas de detección precoz, no asisten a los lugares donde se ofrece este servicio. El 25,1% de las personas de 40 a 59 años de edad se han realizado algún examen clínico para descartar algún tipo de cáncer, en los últimos 24 meses, 0,5 puntos porcentuales menos que lo observado en el año 2015. Estos exámenes pueden ayudar a los médicos a encontrar y tratar algunos tipos de cáncer en etapa temprana. Por sexo, es mayor el porcentaje de mujeres (40,2%) que de los hombres (9,2%) que se realizaron un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer. Según región natural, Lima Metropolitana ha mejorado el despistaje de cáncer en el año 2016 respecto al año 2015.

En tanto en el 2016, en Lima Metropolitana (35,8%) y Resto Costa (25,2%) se realizaron en mayor proporción estos exámenes; en contraste con la Sierra (18,7%) y la Selva (21,1%) donde se observan los menores porcentajes (1)

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 (Fotoprotección) 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 Fotoeducación en playas de Lima y Callao durante el mes de enero de 2014. En dicho estudio (Realizado en 317 bañistas) se evidenció que el uso de medidas de fotoprotección 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. 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 fotoprotección por parte de los bañistas fue limitado. Es posible que las prácticas en fotoprotección 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.

El estudio prevención de cáncer realizado el año 2012 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. Las Encuestas Nacionales de Prevención (12-64 años) realizadas en población urbana de ciudades de 20 000 y más habitantes por la Comisión Nacional para el Desarrollo DEVIDA (I, II,III y IV Encuestas) muestran que, en el período 1998-2010, 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 2010.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 2012 (4.9%). 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 2013” 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). El 66.7% (26) consume alcohol y el 33.3% (13) no consumen 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.

CONCLUSIONES

1. Epidemiológicamente el estudio mostró que el grupo de edad más afectado por el cáncer correspondió a los pacientes mayores de 60 años de edad, evidenciando que, el cuidado de la salud está priorizado en este grupo poblacional, lo que significa que por sus características y constitución física son más sensibles y están expuestas a todo tipo de riesgos y complicaciones; y el diagnóstico del cáncer se identifica en estadios avanzados.

2. Dentro de los factores de riesgo no modificables de cáncer se identificó con mayor incidencia que el sexo femenino es el más predominante se identificó que los antecedentes personales y familiares predisponen el desarrollo del cáncer en pacientes diagnosticados en el Hospital Departamental de Huancavelica “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica 2018.

3. Dentro de los factores de riesgo modificables de cáncer se identificó que los pacientes no tenían una alimentación saludable, el aborto y el uso de anticonceptivos hormonales como factores principales para el desarrollo de cáncer, el alcoholismo y el tabaquismo no predominan el desarrollo de cáncer en pacientes diagnosticados en el Hospital Departamental de Huancavelica “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica 2018.

RECOMENDACIONES

1. Encaminar esfuerzos hacia la prevención primaria, dando a conocer las asociaciones encontradas a través de la publicación de los resultados, para que esta información sirva a los profesionales de la salud, como herramienta en la orientación de los pacientes sobre cuáles son sus hábitos y estilos de vida que los ponen en riesgo de desarrollar cáncer.

2. Estimar la búsqueda de detecciones tempranas del padecimiento, con la finalidad de efectuar diagnósticos oportunos, que lleven a un mejor pronóstico y calidad de vida a los pacientes; lo que se reflejaría en una disminución en los costos por concepto de su atención, así como en la tasa de mortalidad por cáncer en nuestro medio.

3. Encaminar esfuerzos en la prevención primaria de cáncer y dar mayor énfasis en las edades tempranas para así poder evitar la aparición de cáncer en estas edades como se encontró en los resultados en un rango de 16 – 40 años.

4. En el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, servicio de Prevención y Control del Cáncer consideramos que se debe incrementar más personal de salud para que se pueda abastecer en el trabajo de prevención de cáncer y diagnóstico oportuno para disminuir los altos índices de morbi-mortalidad por cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organizacion Mundial de la Salud. ; 2012.
2. Roman V. Teoria porque una persona enferma de Cancer. In. Argentina; 2007.
3. http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html. [Online].; 2015.
4. Boya Calero GM, lluch Hernandez , ValentinMaganto. Teoria del Cancer. In.; 2007.
5. http://definicion.de/cancer/. [Online].; 2015.
6. Organizacion Mundial de la Salud. cancer. ; 2015.
7. Sociedad Argentina de Mastologis. Cancer de las Mamas. Argentina:; 2017.
8. Alimentos. Oportunidades y Prespectivas en el Mercado Global. 2015.
9. Organizacion Panamericana de la Salud. Consumo de Alimentos y bebidas Ultra procesados. Tendencias impacto en obesidad e implicaciones de la politica publica. 2014.
10. Ministerio de salud. Plan Esperanza. Direccion Regional de Epidemiologia, Lima; 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Organización Mundial de la Salud,; 2015 [Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/.
12. DIRESA Huancavelica - Direccion De Estadistica E Informatica. Informe mensual de prevencion y control de cancer. Perú: DIRESA Huancavelica; 2016.
13. Jakszyn P. Nitrosaminas y riesgo de cáncer gástrico [Tesis de doctorado]. España: Universidad Pompeu Fabra; 2006.

14. Román V. Cinco teorías explican por qué una persona enferma de cáncer [Internet]. Argentina: Clarin.com; 2007 [Available from: http://edant.clarin.com/diario/2007/07/14/sociedad/s-05601.htm.

15. Congresohistoriaenfermeria2015.com. Teoría del Autocuidado [Internet]. 2016 [Available from: http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html.

16. Definicion.de. Cáncer [Internet]. Definicion.de; 2015 [Available from: http://definicion.de/cancer/.

17. Martnez S, Ochoa Nubys E. Metodologa de la investigación cientfica. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia 2007. 190 p.

18. Burgos M, Ortiz LA. Investigaciones y trabajo de grado. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2001. 82 p.
Pino R. Manual de la investigación científica: Guías metodológicas para elaborar planes y tesis de pregrado, maestria y doctoral. 1ra ed. Lima - Perú: Instituto de Investigación Católica Tesis Asesores; 2011. 910 p.

19. American Cáncer, S. (2014). La misión de la Sociedad Americana Contra El Cáncer es salvar vidas, celebrar vidas y liderar la lucha por un mundo sin cáncer. Obtenido de https://www.cancer.org/es.html

20. Análisis Situacional de Salud (2013). El cáncer como problema de salud pública: Determinantes y factores de riesgo. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 15-41. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pd

21. *Piazon, (1997) Nepomnaschy I, Buggiano V, et al. Superan-tígenos y retrovirus del tumor mamario murino. Medicina (Buenos Aires) 1997; 57 (Supl. II)*

22. Radio Programas del Perú Noticias. (2014). Cáncer Gástrico en el Perú, Lima.

23. Aliaga Taype, I. L. (15 de diciembre de 2014). Entrevista en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia"-Huancavelica. (B. B. Zevallos Crisóstomo, Entrevistado

24. American Cáncer, S. (2014). La misión de la Sociedad Americana Contra El Cáncer es salvar vidas, celebrar vidas y liderar la lucha por un mundo sin cáncer. Obtenido de https://www.cancer.org/es.html

25. Análisis Situacional de Salud (2013). El cáncer como problema de salud pública: Determinantes y factores de riesgo. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 15-41. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

26. Brunne & Sudarth (2013). Enfermeria Medico Quirurgico. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

27. Campos (2012). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.Generalidades sobre cáncer gástrico. http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art4.pdf

28. Castro Curí, f. (2017). Comunicación personal en el servicio de Control y Vigilancia del Cáncer del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”-Huancavelica-Perú.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

"FACTORES DE RIESGO DE CANCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA 2018"

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGIA
PREGUNTA GENERAL ¿Cuáles son los factores de riesgo de cáncer en pacientes del hospital departamental Zacarías Correa Valdivia 2018? **PREGUNTAS ESPECÍFICAS** 1. ¿Cuáles son los factores modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica? 2. ¿Cuáles son los factores no modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica?	**OBJETIVO GENERAL** Departamental los factores de riesgo de cáncer en pacientes del hospital departamental Zacarías Correa Valdivia. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** 1. Identificar los no factores modificables que afectan a los pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica. 2. Identificar los factores modificables que afectan en pacientes del Hospital Departamental de Huancavelica.	**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Investigación básica. **NIVEL DE INVESTIGACIÓN:** Descriptiva **MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:** Método inductivo, deductivo, analítico-sintético. **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** No experimental, transversal, descriptivo M1 _____ Ox **Leyenda**: M1 = Muestra de cáncer. O = Observación de la variable. X = Factores de riesgo de cáncer. **POBLACION:** El estudio se realizó en el Servicio Asistencial del Hospital Departamental de Huancavelica "Zacarías Correa Valdivia"; teniendo como población teórica 39 Pacientes diagnosticados con Cáncer durante el periodo 2018 que son monitorizados en el servicio de Prevención y Control del Cáncer. **MUESTRA:** Lo constituyó 39 pacientes diagnosticados con cáncer durante el periodo 2018. **MUESTREO:** La selección de la población objetivo/unidad de análisis fue a través del muestreo no probabilístico de criterio.

ANEXO Nº 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

I) INTRODUCCION:

Somos alumnas de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y le proporcionamos este cuestionario realizado para obtener información sobre su estado de salud, es totalmente confidencial y no le tomara más de 10 minutos de su tiempo en contestar.

II) DATOS REFERENCIALES:

Edad:

Sexo:

Raza:

Procedencia:

Peso:

Talla: IMC:

Edad de la primera menstruación:

Edad de la última menstruación:

Número total de hijos vivos:

II) INSTRUCCIONES:

Estimado Señor (a) lea atentamente cada una de las Interrogantes y marque con un aspa (x)" la casilla que mejor describa su estado de salud. Te pedimos contestar con Mucha sinceridad. No pienses demasiado en responder y hazlo de acuerdo con lo que generalmente sueles hacer. Tienes 4 alternativas para cada pregunta. No existen respuestas ni buenas ni malas, asegúrese de marcar todas las preguntas.

III) DATOS ESPECIFICOS:

	1	0
FACTORES NO MODIFICABLES	**SI**	**NO**
1.- ¿Conoce usted que es el cáncer?		
2.- ¿Para usted el cáncer tiene cura?		
3.- ¿Fue detectado a tiempo el cáncer que usted tiene.?		

4.-¿Conoce usted el tipo de cáncer que tiene? ● ***OJO*** Si es ***si*** coloque el tipo de cáncer que tiene.		
5.-¿Usted recibe tratamiento actualmente?		
6.-¿Usted se realiza el autoexamen de las mamas?		
7.- ¿Usted se realiza un chequeo médico general?		
8.-¿Usted ha sentido dolor en la espalda, principalmente en la región lumbar?		
9.-¿Usted cuando eyacula siente dolor?.		
10.-¿ Usted ha sentido dolor intenso al palpar el escroto?		
11.- ¿Usted ha sentido que últimamente se le ha caído el cabello más de lo normal?		
12.-¿Usted ha sentido que le arde el cuero cabelludo?		
13.-¿Usted controla su peso?		
14.-¿Usted utiliza protección solar?		
15.-¿Algún familiar a tenido cáncer?		
16.-¿Fue detectado a tiempo el cáncer que tenía su familiar?		
17.-¿Recibió tratamiento adecuado su familiar?		
18.-¿Usted se ha sentido sofocado últimamente?		
19.-¿Usted se siente irritada?		
20.-¿Usted últimamente se ha sentido cansado?		
FACTORES MODIFICABLES	**SI**	**NO**
1.- ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?		
2.- ¿Añades sal a las comidas en la mesa?		
3.- ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la Semana?		
4.- ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 ¿Veces a la semana?		
5.- ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?		
6.- ¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales desayuno, almuerzo, cena y 1 refrigerio?		
7.- ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en Grasa?		
8.- ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?		
9.- ¿Consumes embutidos (jamona da, mortadela, Jamón, salchicha, tocino?		
10.- ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?		
11.- ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus Alimentos?		
12.- ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?		
13.- ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al Horno, al vapor, a la parrilla?		
14.-¿Desayunas todos los días?		
15.- ¿Usted tubo abortos?		
16.-¿El aborto que tubo fue provocado?		
17.-¿El aborto que tubo fue accidental?		
18.-¿Usted utiliza métodos anticonceptivos?		
19.- ¿Usted recibió tratamiento para tener hijos?		
20.-¿Usted consume o consumió alcohol?		
21.-¿Usted consume o consumió alcohol 2 veces a la semana?		
22.-¿Usted fumaba?		
23.-¿Usted consumía una cajetilla de cigarros ala semana?		
24.-¿Usted creía que era una necesidad fumar y beber licor?		
25.-¿Usted cuando toceaba eliminaba esputo con sangre?		
26.-¿Usted sentía dolor en el pecho que a menudo empeora cuando respira profundamente, tose o se ríe?		
27.-¿Usted se ha sentido tenso ansioso o alterado?		
28.-¿Usted se ha sentido bajo de energía exhausto, cansado o incapaz de terminar las cosas?		
29.-¿Usted se ha sentido triste, deprimido, bajo de humor y sin esperanza?		
30.-¿Usted ha estado en situaciones desagradables y se ha sentido sin esperanza?		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO Nº 03

VALIDEZ DE CONTENIDO

Instrumento: Guía de entrevista y formulario de entrevista.

JUEZ	PROFESION	GRADO ACADEMICO O ESPECIALIDAD	INSTITUCION DONDE LABORA
DR. ARMANDO QUISPE CAVERO	MEDICO INTERNISTA	MEDICO INTERNISTA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA
DR. NAHUL LOPEZ URBINA	GASTROENTEROLOGO - ENDOSCOPISTA	GASTROENTEROLOGO - ENDOSCOPISTA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA
OBS. EVELYN E. UCHASARA POMA	OBSTETRA	OBSTETRA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA
OBS. EVELYN YURI CERRON ORIHUELA	OBSTETRA	OBSTETRA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA
DR. WALTER ALEX QUISPE BARRETO	MEDICO CIRUJANO	MEDICO CIRUJANO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA

1. BASE DE DATOS

ITEMS	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN POR ITEM	DECISIÓN
	1°	2°	3°	4°	5°			
1	4	4	4	4	4	20	1	A
2	4	4	4	4	4	20	1	A
3	4	4	4	4	4	20	1	A
4	4	4	4	4	4	20	1	A
5	4	4	4	4	4	20	1	A
6	4	4	4	4	4	20	1	A
7	4	4	4	4	4	20	1	A
8	4	4	4	4	4	20	1	A
9	4	4	4	4	4	20	1	A
10	4	4	4	4	4	20	1	A
11	4	4	4	4	4	20	1	A
12	4	4	4	4	4	20	1	A
13	4	4	4	4	4	20	1	A
14	4	4	4	4	4	20	1	A
15	4	4	4	4	4	20	1	A
16	4	4	4	4	4	20	1	A
17	4	4	4	4	4	20	1	A
18	4	4	4	4	4	20	1	A
19	4	4	4	4	4	20	1	A
20	4	4	4	4	4	20	1	A
21	4	4	4	4	4	20	1	A
22	4	4	4	4	4	20	1	A
23	4	4	4	4	4	20	1	A
24	4	4	4	4	4	20	1	A
25	4	4	4	4	4	20	1	A
26	4	4	4	4	4	20	1	A
27	4	4	4	4	4	20	1	A
28	4	4	4	4	4	20	1	A
29	4	4	4	4	4	20	1	A
30	4	4	4	4	4	20	1	A
31	4	4	4	4	4	20	1	A
32	4	4	4	4	4	20	1	A
33	4	4	4	4	4	20	1	A
34	4	4	4	4	4	20	1	A
35	4	4	4	4	4	20	1	A
36	4	4	4	4	4	20	1	A
37	4	4	4	4	4	20	1	A
38	4	4	4	4	4	20	1	A
39	4	4	4	4	4	20	1	A
40	4	4	4	4	4	20	1	A
41	4	4	4	4	4	20	1	A
42	4	4	4	4	4	20	1	A
43	4	4	4	4	4	20	1	A
44	4	4	4	4	4	20	1	A
45	4	4	4	4	4	20	1	A
46	4	4	4	4	4	20	1	A
47	4	4	4	4	4	20	1	A
48	4	4	4	4	4	20	1	A
49	4	4	4	4	4	20	1	A
50	4	4	4	4	4	20	1	A

2. ESTADISTICO DE PRUBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

Coeficiente de VAIKEN

3. REGLA DE DECISION

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es **≥ a 0,8 u 80%**

R= Rechazar: si el valor del coeficiente V Aiken es **< a 0,8 u 80%**

4. CALCULO:

$$v = \frac{\mathbf{S}}{(\mathbf{N}(\mathbf{C}-\mathbf{1}))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignada por el juez)

N = Numero de jueces

C = Constituye el número de valores de escala, en este caso 5 (de 0 a 4). En este tipo de coeficiente se tienen que considerar todos los valores que asume estas 4 interrogantes que es sumativo y se encuentra en la ficha de validación.

$$\mathbf{V}= \frac{\mathbf{20}}{(\mathbf{5}(\mathbf{5}-\mathbf{1}))} = \frac{\mathbf{20}}{\mathbf{20}} = \mathbf{1}$$

5. CONCLUSION:

Todos los ítems alcanzaron el valor de 1, esto indica que ninguno de los ítems se elimina por ello es equivalente al 100% de aprobación cada ítem, por tanto todos los ítems se aceptan constituyendo un 100% de validez de contenido para el instrumento de recolección de datos en términos globales.

ANEXO Nº 04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN La confiabilidad del instrumento de medición (**Factores que causan cáncer**) se establece por medio del método del coeficiente de confiabilidad de $Kuder - Richardson$

1º. Se aplicó el instrumento a una muestra piloto de 10 pacientes que presentan cáncer.
2º. Base de datos en función a las respuestas obtenidas.

Encuestas	ÍTEMS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1.	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
2.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
3.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
4.	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
5.	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
6.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
7.	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
8.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
9.	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0
10.	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1

Encuestas	ÍTEMS																								
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1
2.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
3.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
4.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
5.	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
6.	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
7.	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
9.	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
10.	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1

Si=1 No=0

3º. Aplicar la fórmula:

$$Kuder - Richardson\,50 = KR - 50 = \left(\frac{k}{k-1}\right)\left(1 - \frac{\bar{X}(k-\bar{X})}{k\sigma_t^2}\right)$$

Leyenda:
k=número de ítems
$\bar{X}$ =Media de los totales
σ_t^2=varianza de los totales
Resultado:
KR = 0,81 = 81%

1. ESCALA DE VALORACIÓN DE KUDER RICHARDSON:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular

- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

2. CONCLUSIÓN:

El instrumento presenta una **CONFIABILIDAD ELEVADA,** KR = 0,81; e términos porcentuales equivale a 81%.

ANEXO Nº 05

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento el Sr (a):……. Identificado con DNI N°**:**……, otorga su consentimiento para participar en el estudio **FACTORES DE RIESGO DE CANCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ZACARIAS CORREA VALDIVIA" DE HUANCAVELICA 2018.**

- **Dirigido por**: JURADO PARIONA, Yeny
  LOPEZ NAVARRO, Dalia Pamela

Consideraciones Generales:

Con el estudio se pretende evaluar los FACTORES DE RIESGO DE CÀNCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL "ZACARIAS CORREA VALDIVIA" DE HUANCAVELICA 2018

Confidencialidad

El investigador principal y cualquier persona que intervenga en el proyecto está obligado legalmente a guardar el secreto y la confidencialidad sobre cuantas informaciones y/o datos puedan obtenerse del sujeto por su participación en el proyecto.

En la presente investigación no se recogerán datos de carácter personal puesto que los datos de filiación de los participantes se tratarán, como datos anónimos o irreversiblemente disociados; es decir datos que no pueden asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifique al sujeto.

Con las garantías oportunas no se recogerán, los resultados de este estudio podrán ser comunicados a la comunidad científica garantizando que, en todo el proceso de difusión, se mantendrá siempre la confidencialidad omitiendo la identidad de los participantes y cualquier dato personal que pueda facilitar que se le identifique.

Los resultados de la investigación le serán proporcionados si solicita, por medio del investigador principal, quien también atenderá cualquier tipo de duda o pregunta que usted tenga que realizarle en relación al estudio asimismo siempre que usted lo desee podrá ponerse en contacto con él en las siguientes direcciones electrónicas…….

Participación libre y voluntaria:

Mediante la firma de este documento usted declara que:

- ✓ Ha recibido suficiente información sobre el estudio y que ha tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y en su caso ha recibido respuestas satisfactorias del investigador responsable.
- ✓ Ha comprendido la información recibida y la decisión que toma es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa y sin que esto suponga ningún perjuicio para usted.
- ✓ Ha sido informado del procedimiento para eliminar de este documento sus datos de filiación.
- ✓ Se le entrega una copia de este documento. El investigador es el responsable de la custodia del documento original de este.

Consentimiento informado debidamente firmado por las partes.

Huancavelica……. de…….. del 2018

Firma y nombre del participante

JURADO PARIONA, YENY

Firma del investigador

LOPEZ NAVARRO, DALIA PAMELA

Firma del investigador

ANEXO N°06
FOTOS

M