

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE
YARINACocha PUCALLPA, PERIODO 2014 - 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

HELLEN DINORAH ZELADA NOBLEJAS

PUCALLPA - PERÚ

2022



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**


En Pucallpa, a los 6 días del mes de mayo del dos mil veintidós, siendo las 14:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **“FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE PIEL NO MELANOMA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCCHA PUCALLPA, PERIODO 2014-2019”**, elaborado por la Bachiller **HELLEN DINORAH ZELADA NOBLEJAS**.


El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:


Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ (Presidente)
Dra. JOSEFA LOPEZ TELLO (Miembro)
M.C. GENARO RICHARD MELENDEZ OROSCO (Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de aprobado por Unanimidad con el calificativo de diecisiete (17). Quedando la sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, 6 de mayo del 2022.


.....
Dr. Tomás Noel Santana Tellez
Presidente del Jurado Evaluador


.....
Dra. Josefa López Cárdenas
Miembro del Jurado Evaluador


.....
M.C. Richard Genaro Meléndez Oroscó
Miembro del Jurado Evaluador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. JOSEFA LOPEZ CARDENAS
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. GENARO RICHARD MELENDEZ OROSCO
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
ASESOR DE TESIS

BACH. HELLEN DIRONAH ZELADA NOBLEJAS
TESISTA



CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/0225-2022

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis), titulado:

“FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PUCALLPA, PERIODO 2014 – 2019”.

Cuyo(s) Autor(es) : ZELADA NOBLEJAS, HELLEN DINORAH
Facultad : MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional : MEDICINA HUMANA
Asesor(a) : DR. RAFAEL HEREDIA, ARTURO

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 10%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIRMA Y CODIFICA la presente constancia



FECHA 25/04/2022

Dr. ABRAHAM ERMITANIO HUAMAN ALMIRON
Dirección de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Hellen Binorah Zelada Noblejas
Autor de la TESIS titulada:
"Factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 - 2019".

Sustentada el año: 2022.
Con la asesoría de: Dr. Arturo Rafael Heredia.
En la Facultad de: Medicina Humana.
Carrera Profesional de: Medicina Humana.

Autorizo la publicación:

- PARCIAL** Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.
- TOTAL** Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 06 / 05 / 2022.

Email: Hellenzeladanoblejas@gmail.com

Firma: 

Teléfono: 981027290

DNI: 47858187

DEDICATORIA

Dedico de todo corazón mi tesis a mi madre y abuelos, pues sin ellos no habría logrado nada, la bendición que a lo largo de mi vida me protege y me encamina por el camino del bien, por eso doy mi trabajo en ofrenda como agradecimiento a su paciencia y amor al criarme.

AGRADECIMIENTO

A mi Madre, pieza clave en cada decisión y paso en mi vida.

A mis maestros, por enseñarme toda su experiencia en bien de mi formación profesional.

A mi familia y amigos personales que me impulsaron en cada momento a seguir adelante para culminar con mi carrera universitaria.

Un reconocimiento a mi Facultad y Universidad porque gracias a ella aprendí lo necesario para iniciar mi camino profesional y conocí amistades que perdurarán en el tiempo.

PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PUCALLPA, PERIODO 2014 - 2019”.

1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

DERMATOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.

1.3. AUTOR

Bach. HELLEN DINORAH ZELADA NOBLEJAS.

1.4. ASESOR

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA.

1.5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha.

1.6. INSTITUCIÓN QUE FINANCIÓ

AUTOFINANCIADO.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| DEDICATORIA..... | vi |
| AGRADECIMIENTO..... | vii |
| ÍNDICE DE CONTENIDO | ix |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| RESUMEN | xiii |
| ABSTRACT..... | xiv |
| INTRODUCCIÓN..... | xv |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA | 1 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.2.1. Problema Principal..... | 4 |
| 1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS | 4 |
| 1.3.1. Objetivo General | 4 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos..... | 4 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN..... | 5 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1. ANTECEDENTES | 7 |
| 2.1.1. Investigaciones Internacionales..... | 7 |
| 2.1.2. Investigaciones Nacionales | 9 |
| 2.1.3. Investigaciones Locales | 10 |
| 2.2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO DEL PROBLEMA..... | 11 |
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS | 23 |

| | |
|---|----|
| 2.4. HIPÓTESIS | 26 |
| 2.4.1. Hipótesis General | 26 |
| 2.5. VARIABLES DEL ESTUDIO | 26 |
| 2.5.1. Variable Independiente | 26 |
| 2.5.2. Variable Dependiente..... | 26 |
| 2.5.3. Operacionalización de las variables | 27 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 28 |
| 3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN..... | 28 |
| 3.1.1. Tipo de investigación | 28 |
| 3.1.2. Nivel de investigación | 28 |
| 3.1.3. Diseño de investigación..... | 28 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 28 |
| 3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| 3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 29 |
| 3.5. TRATAMIENTO DE DATOS | 30 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 31 |
| 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 31 |
| 4.2. DISCUSIÓN..... | 45 |
| CONCLUSIONES..... | 47 |
| RECOMENDACIONES | 48 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA..... | 49 |
| ANEXO..... | 52 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1. Características de la población del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 31 |
| Tabla 2. Asociación entre la variable sexo y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 32 |
| Tabla 3. Asociación entre la variable edad y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 33 |
| Tabla 4. Asociación entre la variable procedencia y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 34 |
| Tabla 5. Asociación entre la variable ocupación y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 35 |
| Tabla 6. Asociación entre la variable antecedente y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 36 |
| Tabla 7. Asociación entre los estilos de vida y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 37 |

| | | |
|------------------|--|----|
| Tabla 8. | Asociación entre la variable exposición y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019..... | 38 |
| Tabla 9. | Regresión logística de las variables sexo del paciente y la variable carcinoma..... | 39 |
| Tabla 10. | Regresión logística de las variables edad del paciente y la variable carcinoma..... | 40 |
| Tabla 11. | Regresión logística de las variables procedencia del paciente y la variable carcinoma. | 41 |
| Tabla 12. | Regresión logística de las variables ocupación del paciente y la variable carcinoma. | 42 |
| Tabla 13. | Regresión logística de las variables antecedente del paciente y la variable carcinoma..... | 43 |
| Tabla 14. | Regresión logística de las variables antecedente del paciente y la variable carcinoma..... | 44 |

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. Materiales y métodos: se trata de un estudio de tipo trasversal, retrospectivo, analítico que contó con la participación de 60 pacientes, atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 al 2019. Resultados: del total de participantes estudiados, se identificó que el sexo de mayor representatividad fue el sexo masculino, en relación a la edad fueron los adultos mayores los de mayor representatividad con un 56%. En relación a los antecedentes y estilos de vida se determinó lo siguiente: el 53% presentó antecedente de familiares con neoplasias, y el 41% de la población no utilizaba medios de protección contra la radiación solar. La edad, el antecedente familiar y la exposición son factores de riesgo que se asociaron de forma significativa con la variable carcinoma de piel. Conclusión: Existen factores de tipo epidemiológico que se asociaron a la presencia de cáncer de piel.

Palabras clave: cáncer de piel, edad, exposición solar, protección solar.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors for non-melanoma skin cancer in patients treated at the Amazon Hospital of Yarinacocha Pucallpa, period 2014 - 2019. **Materials and methods:** this is a cross-sectional, retrospective, analytical study that included the participation of 60 patients, treated at the Amazon Hospital of Yarinacocha during the period 2014 to 2019. **Results:** of the total number of participants studied, it was identified that the most representative sex was male, in relation to age, older adults were the most representative with 56%. In relation to history and lifestyle, the following was determined: 53% had a history of relatives with neoplasms, and 41% of the population did not use means of protection against solar radiation. Age, family history and exposure are risk factors that were significantly associated with the skin carcinoma variable. **Conclusion:** There are epidemiological variables that were associated with the presence of skin cancer.

Keywords: Skin cancer, age, sun exposure, sun protection.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre las neoplasias malignas de piel, el cáncer de piel no melanoma es uno de los tumores más frecuentes se considera que existen alrededor de 2 a 3 millones de casos al año según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo Australia el país más afectado, llegando al 1 a 2% por año (1). En USA, por ejemplo, se presentan alrededor de 1 200 000 casos por año, de los cuales el 80% es carcinoma basocelular (CB), que es un tumor que por lo general no produce metástasis a distancia, pero localmente ocasiona mucho daño en la piel del rostro con desfiguraciones notorias si no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno (2). En últimas investigaciones se ha logrado confirmar que el carcinoma basocelular afecta por igual a varones y mujeres, se relaciona con la exposición al sol del mediodía cuando los niveles de radiación son muy altos y está aumentando su incidencia en adultos jóvenes. Al sur de Chile en Valdivia se realizó un trabajo sobre tumores malignos y el carcinoma de células basales de la piel ocupa el tercer lugar, afectando a las mujeres en mayor porcentaje con un 55% y en hombres el 45%, se observó pocos casos antes de los 30 años, pero aumentó significativamente desde la edad de 40 años, ya en la séptima década de la vida alcanza una tasa de prevalencia de 119 por cien mil en las mujeres y 141 por 100 mil en los varones (1)(2). En relación al carcinoma de células escamosas o carcinoma espinocelular (CE) constituye el 10 a 20% del cáncer de piel no melanoma, es el segundo en frecuencia luego del Carcinoma basocelular, se origina en los queratinocitos que han sufrido mutaciones por acción de la radiación ultravioleta, es frecuente en personas de piel clara y se cura en un 95% de pacientes con un manejo adecuado. La tasa de casos nuevos es variable según la región que oscila entre 100 por 100 mil habitantes en Holanda a 1332 por 100 mil habitantes en Australia, que es un país con una incidencia muy alta por su geografía y su población caucásica, zonas geográficas con alteración de la capa de ozono y poblaciones

inmunodeprimidas por diversa índole tienen mayor predisposición a sufrir un cáncer de piel (2)(3).

Considerando los informes de los últimos años sobre la situación de las neoplasias malignas en el Perú, ejemplo Globocan 2018, indican que cada año el Perú presenta 3500 casos nuevos de personas con cáncer de piel y 700 muertes por esta causa (4). Según el cirujano oncólogo de la liga de la lucha contra el cáncer Christian Loayza este incremento de las neoplasias malignas de piel se relaciona con los altos índices de radiación ultravioleta que afecta a Perú, que ocupa el primer lugar, ya que el límite del índice de radiación solar es 14, pero el Perú alcanza hasta 20 durante el verano (4). En el Perú desde 1995 se han venido realizando las campañas por “el día del lunar” y al evaluar el periodo del 1995 al 2011 se atendió a 118 092 personas en 76 sedes de 18 ciudades del país, en el 2.8% (3307) de esta muestra se identificó a una lesión sospechosa de neoplasia maligna de piel, agrupadas de la siguiente manera 64.9% fueron carcinoma basocelular, 26.7% correspondió a melanoma cutáneo y 8.4% correspondió a carcinoma espino celular (5).

Entre los factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma tenemos: la edad, sexo, fenotipo de la piel, exposición solar, la educación, el estilo de vida, la ocupación, los antecedentes e incluso patologías dérmicas como la queratosis actínica. Los factores de riesgo muchas veces, varían para los diferentes tipos de cáncer de piel. Para los melanomas, los principales factores de riesgo incluyen antecedentes personales o familiares de una neoplasia similar, y la presencia abundantes nevus (mayor a 50 lunares) o de nevus displásicos. También se considera como factores de riesgo para todos los tipos de neoplasia maligna de piel, a la susceptibilidad a la radiación solar, es decir aquellas personas que presentan quemaduras solares frecuentes, dificultad para el bronceado, personas con cabello rubio natural o pelirrojas; una historia prolongada de exposición al sol (se incluye el uso de cabinas de rayos UVA), pacientes con inmunodepresión o antecedentes de carcinoma basocelular o espinoso. La exposición a los rayos UVA se acepta generalmente como la mayor causa de carcinoma basocelular, mientras que el carcinoma de células escamosas

se relaciona más con la exposición solar acumulada. La exposición recreativa al sol durante la infancia y la adolescencia se relaciona con el carcinoma basocelular que por lo general es una neoplasia de la edad adulta (6). En el Perú los malos hábitos de vida sobre todo aquellos relacionados con la protección de la piel contra la radiación solar permiten la alta prevalencia de tumores malignos de piel no melanóticos, el 60% localizados en la cara, es muy poco el porcentaje de población que usa protector solar o sombreros de ala ancha, entre otros medios de protección. Los varones son los más afectados por la naturaleza de sus actividades laborales en el exterior donde reciben grandes dosis de radiación solar con una piel desprotegida, las regiones más afectadas son Arequipa, Cajamarca, Huaraz, Junín, Pasco, Huánuco, la incontestable ciudad de Huancayo, Ayacucho, Cuzco, Chachapoyas, Puno y la provincia de Abancay que tienen un índice de radiación muy extremos entre 16 y 17, en el periodo de 10 de la mañana a 3 de la tarde. Lima, Moyobamba, Lambayeque, Piura, Trujillo, Pucallpa, Ica y Moquegua tienen un índice de 14 que es considerado muy alto y se asocia a alta incidencia de cáncer de piel si no se usa medidas de protección. Si consideramos la frecuencia el cáncer de piel ocupa el cuarto lugar precedido por el cáncer de cérvix, cáncer gástrico y cáncer de mama. Si analizamos los tipos de tumores malignos de piel más frecuentes tenemos que el melanoma alcanza el 10%, y el basocelular y carcinoma de células escamosas que son los no melanomas alcanza el 90%, siendo la localización predominante la cabeza y el cuello en un 80%, por ello de la importancia trascendental de las medidas de protección solar para lograr prevenir estas lesiones (7).

Ucayali no es ajeno a los tumores de piel por ello es necesario conocer cuál es la tendencia de estas neoplasias y la relación con ciertos factores de riesgo para orientar mejor nuestra política preventiva.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

- ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Identificar cuáles son los factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar si la edad es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
- Identificar si el sexo es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.

- Determinar si la exposición al sol es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
- Evaluar si el estilo de vida dado por el uso de medios de protección es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
- Determinar si la ocupación, antecedentes familiares y domicilio son factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Si cada año en el Perú se presentan 3500 nuevos casos de cáncer de piel y 700 muertes por esta causa (4). Según el cirujano oncólogo de la liga de la lucha contra el cáncer Christian Loayza este incremento de las neoplasias malignas de piel se relaciona con los altos índices de radiación ultravioleta que afecta al país que ocupa el primer lugar, ya que el límite del índice de radiación solar es 14, pero el Perú alcanza hasta 20 durante el verano (4). Como podemos inferir que las neoplasias malignas de piel tienen la mayor incidencia y Pucallpa es una ciudad con un índice de radiación muy alto, por ello el cáncer de piel no melanoma es una neoplasia maligna frecuente en los adultos y adultos mayores y por ende se justifica una investigación para determinar los factores de riesgo de esta neoplasia y así implementar intervenciones para mejorar la salud de nuestra población.

Justificación social

La justificación social está dada por la necesidad de implementar políticas de prevención de esta neoplasia, actuando sobre los factores de riesgo prevenibles como es el uso de medios de protección frente a la radiación solar, es decir

implementar actividades de información, educación y comunicación que nos permita cambiar los estilos de vida de la sociedad, por ejemplo reducir la exposición al mínimo en los horarios de alta radiación como es de las 10 a 3pm; por ello es importante conocer con precisión los factores de riesgo y así planificar mejor nuestras actividades de salud que logren un impacto considerable en nuestra sociedad.

Justificación práctica

La utilidad práctica de esta investigación está dada por la factibilidad de ser llevada a cabo, ya que el Hospital Amazónico cuenta con la especialidad de dermatología que cada año maneja pacientes con neoplasias malignas de piel y existe información acumulada sobre factores de riesgo que deben ser evaluados y contrastados para plantear soluciones prácticas para prevenir estas neoplasias que año a año afecta a la población de la región.

Justificación metodológica

Al tratarse de un estudio correlacional, retrospectivo de casos y controles nos permitirá contrastar la información de los casos con un grupo de personas que no presentaron la enfermedad, pero estuvieron sometidas a las mismas circunstancias, esto brinda mayor fuerza a la investigación y sus conclusiones son más categóricas al momento de tomar decisiones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones Internacionales

Darías Domínguez C y Garrido Celis J (Cuba - 2018). En su artículo titulado: **“Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo”** refiere que: el carcinoma de células basales tiene un crecimiento lento, que por lo general produce destrucción local y casi nunca origina metástasis. El carcinoma de células basales tiene como factor de riesgo la radiación ultravioleta pero intervienen varios factores en su origen, el tipo más frecuente es el patrón nodular y compromete la cara y el cuello, el tratamiento considera tamaño del tumor, localización de la lesión, edad del paciente y estado general de salud del paciente. Conocer los factores de riesgo, los procedimientos diagnósticos, y las posibilidades terapéuticas son fundamentales en el manejo de estos pacientes, y así lograr promover estilos de vida saludables que potencien la prevención y disminuyan la morbimortalidad por esta neoplasia (8).

Rodríguez García R, Hechevarría Miyares JH y Azze Pavón MA. (Cuba – 2001) En su trabajo titulado: **Cáncer de Piel y ocupación.** Como factor de riesgo principal considera a la exposición solar. Así mismo hay que tener en cuenta la ocupación de las personas, también influyen los carcinógenos industriales, factores dependientes del individuo como los factores genéticos, antecedentes familiares, la exposición no ocupacional y los estilos de vida (9).

Urrego - Rivera F et al. (España - 2015). En su artículo titulado: **“Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado”** manifiesta que: El carcinoma de células basales, es el tumor maligno más frecuente de piel y de todas las neoplasias de los seres humanos, infiltra localmente generando desfiguraciones de rostro, es decir es agresivo y destructivo pero no emite células metastásicas, existen diferentes patrones histológicos entre ellos tenemos al nodular que es el mas común,

el esclerosante que es el mas agresivo, patrón ulcerativo, pigmentado que podría confundirse con melanoma y patrón superficial (10).

Viñas García M, et al (Cuba - 2011). En su trabajo titulado “Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década” manifiesta que: En la población de color blanco el carcinoma de células basales alcanza el 70 a 80% de las neoplasias malignas de piel no melanomas, obtuvo un 47% de los tumores. Los varones, campesinos y constructores. Mayores de 70 años y los de piel clara fueron los más afectados. La región nasal fue el área más afectada y la forma clínica más frecuente fue la nodular perlada, predominó el tipo histológico patrón sólido (11).

Castañeda Gameros P y Eljure Téllez J (México - 2016). En su artículo titulado: “El cáncer de piel, un problema actual” manifiestan que: las neoplasias malignas de piel son una de las más frecuentes en el ser humano, por lo que se debe priorizar en la formación del personal médico. Dado que estos tipos de tumores se puede prevenir y curar. Entre ellos el carcinoma basocelular y espinocelular (12).

Dagatti M S et al, (2011). En su trabajo titulado: “hábitos alimentarios y riesgo de cancer de piel no melanoma” refiere que: algunos estudios han mostrado que el tipo de dieta tendría relación con el cáncer, en estudios epidemiológicos se ha revelado que el riesgo de desarrollar una neoplasia varía mucho entre una población y otra. Existe mayor relación con los factores ambientales independiente de los factores genéticos poblacionales, algunos estudios refieren que hasta el 40% de tumores pueden ser prevenidos por una dieta adecuada y tendría impacto en el carcinoma basocelular y espinocelular. Los antioxidantes como la vitamina C, E y b carotenos previenen el efecto mutágeno de los radicales libres (13).

Galán Iñaki, Rodríguez-Laso Ángel, Díez-Gañán Lucía, Cámara Enrique. (España – 2011) en su estudio titulado: Prevalence and correlates of skin cancer risk behaviors in Madrid (Spain). Se realizó un estudio de prevalencia y correlación de conductas frente a las medidas de protección frente al cáncer de piel, en Madrid,

con una muestra de 2007 personas entre 18 y 64 años. Entre los hallazgos más importantes fueron: la exposición a la radiación solar fue identificada por el 92.3% de los participantes y el bronceado artificial por el 73.6%. El conocimiento de los factores de riesgo fue mayor entre los graduados universitarios y las mujeres ($P < .001$). Un total de 14.6% usualmente estuvo expuesto al sol en el verano durante las horas de máxima radiación UV, mientras que 4.3% había usado lámparas UV durante el año anterior; El uso de estas lámparas fue más frecuente en mujeres y jóvenes (14).

2.1.2. Investigaciones Nacionales

Sordo Carlos, Gutiérrez César (Lima – 2013). En su estudio titulado: Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma: Refiere que los componentes de la radiación ultravioleta son dañinos para la piel, por ello la importancia de proteger el ozono que es la que elimina la radiación tipo C, solo llega a la tierra la radiación ultravioleta tipo A y B y el 6% de toda la radiación del sol es radiación ultravioleta, y de este total 5 a 10% es radiación ultravioleta de tipo B o UVB que es la que causa mutaciones en estrato basal de la epidermis y causa el cáncer de piel, la radiación ultravioleta de tipo A o UVA hace el 90 a 95% y se asocia a envejecimiento ya que penetra más profundamente a la piel. También se conoce que a mayor altitud por ejemplo en Cerro de Pasco mayor es la cantidad de radiación que recibe la piel. La UVA al penetrar profundamente daña fibras elásticas y colágeno lo que se manifiesta con envejecimiento, inmunosupresión, reacciones alérgicas a la luz, reacciones fototóxicas asociadas a medicamentos y producen radicales libres que afectan el ADN de las células y sinergizan en el daño con la UVB (5).

Galván Meza Rober Roy (Lima – 2018). En su estudio titulado: Factores epidemiológicos asociados a conocimientos y actitudes sobre fotoprotección en internos de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en Septiembre del 2017 refiere que su estudio observacional, trasversal y analítico

encontró que en 182 internos de medicina encontraron que la edad promedio fue 26 años, 137 nacidos en Lima y 50 en provincias, el fototipo de piel predominante fue el tipo IV con el 50%, el tipo III con el 47%, el II 5% y V 2% . El 88% de internos conocen bien el tema (15).

García Hidalgo Hugo (Iquitos – 2017). En su trabajo titulado: **perfil Epidemiológico de las neoplasias malignas en el Hospital Regional docente “Felipe Santiago Arriola Iglesias” de Loreto, durante el periodo de enero a diciembre del año 2016**, encontró predominio de neoplasias malignas en edades de 30 a 64 años (58.15%), en mujeres (67.38%), amas de casa (48.23%), instrucción primaria (63.12%). En mujeres predominó cáncer de cuello uterino (46.10%); mientras que en varones predominó el cáncer de estómago (9.93%). La presentación clínica predominó como método de primer diagnóstico (89.36%).- A manera general los 5 Cánceres más frecuentes son: Cáncer de cuello uterino (46.10%), Piel no melanoma (17.02%), Estómago (12.77%), Mama (4.26%) y Cáncer de pene (3.55%) (16).

2.1.3. Investigaciones Locales

Gaceta Ucayalina. (Pucallpa – 2019) El doctor Richard Mathews Paredes, médico cirujano general del Hospital II Pucallpa, En su caso publicado, hace referencia que cuando el carcinoma basocelular se encuentra avanzado puede ocasionar un considerable daño local, alcanzando planos profundos de la cara que es una zona expuesta a la radiación solar, en su caso presentado ameritó una resección con bordes amplios e injerto de piel total (17).

Salsavilca García Jesús. (Pucallpa – 2020). En su tesis titulada: **Características Clínicas e Histopatológicas de los tumores malignos de piel más frecuentes en el Hospital II Essalud Pucallpa durante el periodo 2014 al 2018.** Refiere que: los tumores malignos de piel en población asegurada se presentó con más frecuencia en mayores de 60 años, con un 82% de casos, los varones tienen un ligero predominio llegando

a 54%, mujeres llegó a 46%. El 40% procede de la ciudad, afecta a obreros 33% y agricultores 37%, en un porcentaje similar la zona más afectada fue la cabeza con el 68%, el tronco 24% y extremidades 8% y el tipo de tumor mas frecuente fue el carcinoma de células basales o basocelular con el 64% y el espinocelular con el 30%, melanoma 3% y linfoma cutáneo 3% (18).

2.2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO DEL PROBLEMA

Las neoplasias malignas de piel son una de las patologías más frecuentes en el ser humano, motivo por el cual, se debe dar la importancia necesaria en el campo de la investigación y de la enseñanza formativa, ya que en la mayoría de casos, si se diagnostica oportunamente este tumor es prevenible y curable. Existen dos tipos predominantes de tumores malignos de la piel los tumores malignos no melanóticos, que comprende el carcinoma de células basales y el carcinoma de células escamosas o espinocelular y los melanomas. Dependiendo del manejo oportuno el pronóstico es bueno si se realiza una escisión del tumor con márgenes adecuados y sobre todo con una detección temprana (4).

El término de cáncer de piel incluye tumores de diversa estirpe celular y diferente agresividad y pronóstico. Así, tenemos:

- Carcinoma de células basales o basocelular.
- Carcinoma de células escamosas.
- Adenocarcinoma sebáceo.
- Linfomas cutáneos.
- Sarcomas de piel y partes blandas.

Considerando la frecuencia y los motivos de la presente investigación se aborda a continuación el cáncer de piel no melanoma constituido por el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular, haciendo referencia al sitio de la piel afectada, el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento.

CARCINOMA BASOCELULAR

Es una neoplasia maligna de piel, la más frecuente en personas de edad avanzada, surge de mutaciones en el estrato basal de la epidermis por ello su nombre de carcinoma basocelular, pero también puede surgir de las células basales de los apéndices cutáneos, crece lentamente pero a nivel local es infiltrativo y destructivo, causando lesiones que desfiguran el rostro, pero no metastatizan a distancia, tienen el riesgo de desarrollar nuevas lesiones en los años subsiguientes, el 40% de personas que tuvieron un carcinoma de basocelular desarrollan un nuevo tumor en los 5 años siguientes.

Los carcinomas de células basales son los tumores de piel más frecuentes que constituyen aproximadamente el 70% de todas las neoplasias malignas de piel, su frecuencia es mayor al de los carcinomas de células escamosas en una relación de 5:1 pero varía en diferentes latitudes. Los carcinomas basocelulares afectan predominantemente a los individuos de piel clara y se localizan en áreas de la piel con mayor exposición al sol. Son poco frecuentes en personas de raza negra (19).

Cuadro clínico

Aproximadamente del 70 al 80% de los carcinomas basocelulares se localizan en la cara y el cuello, y como factor causal está la radiación solar, en personas que no protegen su piel, también se afecta el tronco y muy rara vez se ve en áreas no expuestas al sol como la región perianal, pene o vulva. Otras localizaciones menos frecuentes son los senos pilonidales, la nariz afectada por rinofima, las cicatrices debidas a quemaduras dérmicas, radiación, sarampión, leishmaniasis, viruela y vacuna con BCG, en aproximadamente 20% de nevus organoides y rara vez en nevus epidérmicos, pólipos fibroepiteliales y léntigos solares.

Los carcinomas de células basales son más frecuentes en varones debido a la mayor exposición ocupacional y recreacional a la luz ultravioleta, suele aparecer en adultos

mayores, rara vez en jóvenes y niños en quienes se asocia a nevus de células basales, síndrome de Bazex, xeroderma pigmentos o nevus organoide.

Los carcinomas basocelulares habitualmente se originan en la capa basal de la epidermis o en las capas más inferiores de la misma, aunque una pequeña cantidad puede originarse en la raíz más externa de la unidad pilosebacea.

Las principales presentaciones clínicas del carcinoma basocelular son: la forma nodular, ulcerada, superficial y morfeiforme.

Forma Nodular

Este tipo de lesión es la forma clínica más frecuente se localiza en la cara, región nasal, surco naso geniano, en algunas series alcanza el 60% de los casos y tiene un color rosado a veces con un aspecto perlado o traslúcido usualmente se observa telangiectasias alrededor de la lesión.

Forma superficial

Alcanza el 30% de las neoplasias malignas de células basales son superficiales, y por causas que se desconocen, los hombres presentan una mayor incidencia de éstos que las mujeres. Se localizan principalmente en el tronco, como manchas o placas, así como neoformaciones planas, que incluso pueden ser rosadas o eritematosas con algo de descamación. Pueden tener un pigmento marrón o negro que puede generar confusión con melanoma.

Forma morfeiforme o esclerosante

Esta forma de presentación, es más agresiva y por lo general es recidivante luego de la cirugía, alcanza el 5 a 10% de los casos, se observan como lesiones suaves, atróficas, pálidas o con algo de eritema, tienen una consistencia firme o dura. Algunos investigadores agrupan las formas morfeiforme, infiltrante y micro nodular como

tumores agresivos por su carácter infiltrativo, rápido crecimiento y comportamiento parecido, muchas veces asociado a recidivas si no se realiza un estudio adecuado de los bordes quirúrgicos.

Se han descrito también otros tipos de carcinoma basocelular: el carcinoma basoescomoso es un tumor raro que presenta un comportamiento agresivo. Cuando los tipos superficial y nodular pueden producir pigmento; estos tumores se conocen como carcinoma basocelular pigmentados.

Histopatología

Existe una considerable variación en la morfología de los carcinomas de células basales, por ello se han dividido en varios subtipos histopatológicos, pero en general predominan las células malignas de aspecto basaloide ovaladas, con un parecido a las células del estrato basal de la epidermis con núcleos grandes. Salvo los núcleos de las células del contorno de la lesión se disponen en palizada, con la coloración de hematoxilina & eosina se tiñen de un color violeta intenso, se observa escasas mitosis y anaplasia no muy marcada, el estroma que rodea a las células basaloides malignas contienen abundantes fibroblastos y mucina, presentando una retracción periférica muy característica, que se observa en la mayoría de casos del carcinoma basocelular.

Existen algunas características que se observan en más de un subtipo histológico de carcinoma de células basales que por lo general forman islotes o nidos de células malignas ovaladas con núcleos grandes con un patrón en empalizada en la periferia y organización aleatoria de las células atípicas en el centro de los islotes, el núcleo de las células es hiper cromático, con citoplasma relativamente pequeño y mal definido. Los puentes intercelulares se visualizan con microscopía óptica, pueden observarse abundantes células apoptóticas. En la mayoría de los casos muestran algún tipo de unión a la superficie subyacente de la epidermis, suele ser frecuente en

las lesiones más grandes la ulceración. Las lesiones de larga duración y los tumores agresivos se extienden a la dermis profunda.

Los tipos histopatológicos de carcinoma basocelular son: superficial, que tiende a formar nódulos o nodular, quístico, pigmentado, adenoide, morfeiforme o esclerosante, queratósico, basoescamoso entre otros. Puede observarse con frecuencia patrones mixtos y otras variantes más raras.

- **Tipo sólido:** También conocida como nodular o tipo nido grande, constituye el 70% de todos los casos. Está constituido por islotes de células con agrupamiento periférico y una disposición aleatoria de las células más centrales. Los espacios de retracción rodean los islotes del tumor y el estroma circundante. La ulceración es frecuente en las lesiones más grandes.
- **Tipo micronodular:** Se parece al tipo sólido pero los nidos son mucho más pequeños, el infiltrado periférico no siempre está bien remarcado, es más frecuente la recidiva local que el tipo sólido.
- **Tipo quístico:** En este tipo histopatológico se observan quistes en los islotes de células tumorales, alguno de ellos puede contener mucina, esto se relaciona con la degeneración de las células tumorales centrales.
- **Tipo superficial multifocal:** Está constituido por un conjunto de pequeños islotes de células basaloideas, unidos a la parte inferior de la epidermis y por lo general ubicados en la dermis papilar. Este patrón afecta del 10 al 15% de los tumores y usualmente se observa en tumores extirpados del hombro.
- **Tipo pigmentado:** Estos tumores contienen melanocitos funcionales que se encuentran dispersos en los islotes y pueden existir melanófagos en el

estroma. El pigmento melánico usualmente se observa en otras variantes como: la variante sólida, micronodular, multifocal superficial y folicular.

- **Tipo adenoide:** Esta variante está constituida por finas bandas de células basaloides en un patrón reticulocítico, a menudo existe mucha mucina estromal, es muy raro en la forma pura suele aparecer asociado a la forma sólida.
- **Tipo infiltrante:** Esta variante es no esclerosante, pero con un patrón de crecimiento más infiltrativo que expansivo, constituye aproximadamente el 5% de los tumores. Se observa bandas elongadas de células basaloides de 4 a 8 células de espesor entre bandas de colágeno.
- **Tipo esclerosante:** Usualmente se presenta como una placa indurada pálida, con una superficie ligeramente brillante y con bordes mal definidos; alcanzan hasta el 5% de los tumores, y están trabéculas alargadas estrechas y pequeños nidos de células ovals malignas en un estroma fibroso colagenoso denso.
- **Tipo queratósico:** Es una variante parecida al tipo sólido, constituido por células basaloides malignas con empalizada periférica pero presentan diferenciación escamosa y queratinización en los centros de los islotes.
- **Tipo folicular:** Se localiza en la cara y se confunde con el tipo queratósico, es pequeño bien circunscrito, compuesto de células que parecen folículos en fase telogen. Hay abundantes estructuras infundibulares pequeñas semejantes a quistes con material queratósico.
- **Tipo meta típico:** A veces se usa para tumores con aspecto mixto basaloides y escamosos, pero debería usarse con los tumores compuestos por islotes de células malignas que cambian a células mas grandes y pálidas.

Diagnóstico

De forma general el diagnóstico es sencillo si consideramos la edad, la localización y algunas características como el aspecto perlado, la ulcera típica, las lesiones vasculares, entre otros, pero para el diagnóstico definitivo se requiere estudio histopatológico con biopsia, en la dermatoscopia se puede visualizar características propias del tumor cambios vasculares, signo de "hoja de arce", entre otros.

Terapéutica

Tiene como finalidad la resección completa del tumor con márgenes aceptables para evitar las recidivas, también se debe respetar el aspecto cosmético sobre todo cuando se trata de lesiones de rostro. Aparte de la cirugía convencional también se usa la técnica Mohs con resultados espectaculares o curativos, y tasa mínimas de recidiva. existen otros tratamientos no quirúrgicos sin resultados alentadores.

Pronóstico

El tratamiento por lo general es curativo con mínimo porcentaje de recidivas, sobre todo en tumores esclerosantes. Esto nos permite concluir que el pronóstico es muy bueno por las características propias de estos tumores que tienen un crecimiento lento y algunos no generan metástasis. Estos pacientes con antecedentes de cáncer de piel siempre deben visitar al dermatólogo, usar retinoides , fotoprotectores y prendas de vestir como sombreros de ala ancha.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EPIDERMOIDE O ESPINOCELULAR

Éste es la segunda neoplasia maligna de piel más frecuente, en Australia alcanza una incidencia de 166 por 100 000 habitantes que es la más alta del mundo. Este tumor se ubica luego del carcinoma de células basales, y se da como consecuencia de la mutación o transformación maligna de los queratinocitos de la epidermis o de los

anexos cutáneos, es frecuente en personas de piel clara dañada por el sol, es muy raro en personas de raza negra a menudo surge en cicatrices.

La radiación ultravioleta es el factor causal asociado a mutaciones y alteración del sistema inmunológico que favorece la formación de tumores. Es mas frecuente en varones mayores de 50 años, se ha intensificado la prevalencia de tumores con el uso de camas de bronceado. Los procesos inflamatorios e infecciones también facilitan su aparición como la queratosis actínica, leucoplasias, cicatrices, queilitis y úlceras crónicas.

Existen 4 formas clínicas más frecuentes:

- Superficial o intraepidérmica.
 - Nodular o queratósico.
 - Ulcerada.
 - Vegetante.
-
- La forma superficial o intraepidérmica, se observa como una placa rojisa con costras, puede llevar nombres especiales como enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat si afecta la zona genital.
 - Nodular o queratósica, al inicio tiene un parecido a la verruga vulgar, al crecer tiene una base infiltrada con queratosis variable, puede tener aspecto de cuerno cutáneo.
 - Ulcerada, es aquella lesión en que se afecta la continuidad del epitelio con pérdida de tejido, es la más frecuente, los bordes de la úlcera son irregulares y la base es nodular.
 - Vegetante, se presenta como nódulo irregular y exofítico, que puede alcanzar hasta 10 cm de diámetro.

Histopatología

Este tumor está formado por células malignas con diferenciación escamosa y queratinización individual, las células son grandes eosinofílicas y el núcleo vesiculoso, llegan a formar nidos en la epidermis y se extienden a la dermis. Los nidos o islotes presentan queratinización central y necrosis focal, se evidencia perlas córneas lo que cataloga al tumor de células escamosas bien diferenciado o pobremente diferenciado. Se valora el grado de anaplasia y la queratinización celular individual para establecer el grado, con frecuencia estos tumores se originan sobre queratosis solares.

Tratamiento

Hasta el momento los mejores resultados se han obtenido con la escisión quirúrgica y la cirugía micrográfica de Mohs. También se ha empleado como quimioterapia coadyuvante en casos avanzados a los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico.

El carcinoma espinocelular por lo general son curables con la cirugía, pero en etapas avanzadas ponen en riesgo la vida ya que producen metástasis, tienen mayor riesgo aquellos mayores de 2cm de extensión y mas de 4 mm de profundidad, anaplasia, pleomorfismo, compromiso peri neural, localización sobre lesiones crónicas, párpados, pabellón auricular, labios y cuero cabelludo, estas localizaciones tienen peor pronóstico.

La prevención se da mediante la reducción de la exposición a la luz ultravioleta artificial y solar, uso de bloqueador solar y sombrero de ala ancha, tratamiento oportuno de la queratosis actínica o lesión preneoplásica, con la aplicación tópica de 5-FU o imiquimod o el uso de crioterapia con nitrógeno líquido.

Medidas de protección de la piel

El 80% de tumores de piel se relacionan con la radiación solar. El 90% de protección está a cargo de los bloqueadores solares, la aplicación es obligatoria 30 minutos antes de exponerse al sol, de preferencia el factor 50, sobre todo personal más expuesto como taxistas, constructores, nededores, policías entre otros, porque tienen mayor riesgo cáncer de piel.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo de cáncer de piel no melanomas más importantes tenemos: la edad, sexo, fenotipo de la piel, exposición solar, la educación, el estilo de vida, la ocupación, los antecedentes e incluso patologías dérmicas como la queratosis actínica

En relación al carcinoma basocelular, los factores del ambiente y los factores genéticos juegan un papel muy importante, pero sobre todo la radiación ultravioleta.

Dentro de los factores de riesgo se incluye:

- Piel blanca, carece de melanina que brinda cierta protección a la piel.
- Historia de quemaduras solares.
- Exposición frecuente a la luz ultravioleta.
- Vivir cerca al ecuador o en lugares con mayor altitud.
- Múltiples nevos o nevos atípicos.
- Historia familiar de melanoma.
- Inmunosupresión.
- Edad adulta.

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta su riesgo de padecer una enfermedad, como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar y la exposición excesiva a la luz

solar, se pueden controlar. Otros factores, como su edad o sus antecedentes familiares, no se pueden cambiar.

Presentar uno, o incluso muchos de los factores de riesgo no significa que usted padecerá cáncer. Muchas personas con factores de riesgo nunca padecen cáncer. Además, algunas personas que llegan a padecer cáncer puede que tengan pocos o que no presenten factores de riesgo conocidos.

Aun así, resulta importante investigar sobre los factores de riesgo para plantear intervenciones costo efectivas que reduzcan los daños graves al paciente en caso de presentar cáncer avanzado.

Los cánceres de piel pueden comenzar cuando este daño afecta el ADN de los genes que controlan el crecimiento de las células de la piel.

El patrón y el momento de la exposición a la luz ultravioleta podría desempeñar un papel en el desarrollo del cáncer. Por ejemplo, el cáncer en el tronco (pecho y espalda) y las piernas ha sido vinculado a las quemaduras de sol frecuentes (especialmente en la niñez). Esto también podría tener algo que ver con el hecho de que estas áreas no están constantemente expuestas a la luz UV. Algunos estudios indican que los tumores que se originan en estas áreas son diferentes a aquellos que comienzan en el rostro, el cuello y los brazos, donde la exposición al sol es más constante.

Lunares

Un lunar (también conocido como *nevus* o nevo) es un tumor pigmentado benigno (no canceroso). Por lo general, los lunares no están presentes en los bebés al momento de nacer, sino que empiezan a aparecer en la infancia y cuando las personas llegan a ser adultos jóvenes.

Tener muchos lunares: La mayoría de los lunares nunca causará ningún problema, aunque una persona que tiene muchos lunares es más propensa a padecer carcinoma.

La mayoría de los expertos no recomienda que las personas con un historial familiar de carcinoma se sometan a pruebas genéticas para identificar mutaciones que pudieran aumentar el riesgo, ya que aún no está claro cuán útil esto pudiese ser. Más bien, los expertos recomiendan que estas personas hagan lo siguiente:

- Acuda con regularidad a un dermatólogo para que examine su piel.
- Examen minucioso de su piel una vez al mes.
- Sea particularmente cuidadoso en cuanto a la protección solar y evite los rayos ultravioleta artificiales (como los rayos que provienen de las camas bronceadoras).

Un sistema inmunitario debilitado

El sistema inmunitario de una persona ayuda a combatir los cánceres de piel y de otros órganos. Las personas con sistemas inmunitarios debilitados (debido a ciertas enfermedades o tratamientos médicos) tienen más probabilidades de padecer muchos tipos de cáncer de piel, incluyendo melanoma.

Por ejemplo, a las personas que reciben un trasplante de órgano generalmente se les administran medicamentos que debilitan su sistema inmunitario, a fin de ayudar a prevenir que rechace el nuevo órgano. Esto aumenta su riesgo de padecer melanoma.

Las personas infectadas con VIH, el virus que causa el SIDA, a menudo tienen sistemas inmunitarios debilitados y también están en mayor riesgo de padecer melanoma.

Envejecimiento

El cáncer de piel es más probable que se presente en personas de edad avanzada, aunque también afecta a personas más jóvenes.

Pertenecer al sexo masculino

En los Estados Unidos, los hombres tienen una tasa mayor de carcinoma que las mujeres, aunque esto varía según la edad. Antes de los 50 años, el riesgo es mayor para las mujeres; después de los 50, el riesgo es mayor para los hombres.

Xeroderma pigmentoso

El xeroderma pigmentoso (XP) es un padecimiento hereditario que afecta la capacidad de las células de la piel de reparar el daño causado a su ADN. Las personas con XP tienen un alto riesgo de melanoma y otros cánceres de piel cuando son jóvenes, especialmente en áreas de la piel que han sido expuestas al sol.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Carcinoma basocelular: Es el cáncer de piel más habitual. Representa aproximadamente el 80% de los tumores malignos cutáneos no melanoma. Se origina en las células basales, que se encuentran en la epidermis, y más del 90% son originados por mutaciones de la vía de Hedgehog (1).

Carcinoma de células escamosas: Es el segundo cáncer de piel más frecuente de todos; se calcula que, cada año, 700.000 casos nuevos diagnosticados en Estados Unidos son crecimientos o lesiones anómalos descontrolados procedentes de las células escamosas que conforman casi toda la capa más exterior de la piel (2).

Factores de riesgo: Son aquellas características del paciente que aumentan la probabilidad de sufrir una lesión en este caso una lesión tumoral, que muchas veces depende del tiempo de exposición al factor, otras veces son características intrínsecas a la persona como los factores genéticos que lo hace susceptibles de sufrir un daño (15).

Fenotipo de la piel: El **fenotipo** se refiere principalmente a elementos físicos y morfológicos tales como el color de cabello, el tipo de **piel**, el color de ojos, etc. (2). Está dado por el fototipo de piel: **fototipo I**, si la piel no está protegida, con la luz solar presenta muchas quemaduras no se pigmenta y se descama con facilidad. Son individuos de piel muy blanca, ojos azules, pelirrojos y con pecas en la piel; su piel habitualmente no está expuesta al sol, y es de color blanco lechoso. **Fototipo II**, si la piel no está protegida, con la luz del sol sufre quemaduras, pigmenta ligeramente y descama con facilidad. Características pigmentarias: individuos de piel clara, pelo rubio, ojos azules, y pecas, cuya piel, que no está expuesta habitualmente al sol, es blanca. **Fototipo III**, si la piel no está protegida, con la luz del sol: se quema moderadamente y se pigmenta correctamente. Características pigmentarias: razas caucásicas europeas de piel blanca que no están expuestas habitualmente al sol. **Fototipo IV**, si la piel no está protegida, con la luz del sol se quema en forma moderada o mínima, pigmenta con mucha facilidad. Características; personas de piel morena, ligeramente amarronada, con pelo y ojos oscuros (mediterráneos, mongólicos y orientales). **Fototipo V**, acción del sol sobre la piel no protegida: raramente se queman, pigmentan con facilidad e intensidad (siempre presentan reacción de pigmentación inmediata). Características pigmentarias: individuos de piel amarronada (amerindios, indostánicos, árabes e hispanos). **Fototipo VI**, acción del sol sobre la piel no protegida: no se quema nunca y pigmentan de forma inmediata. Características pigmentarias: raza negra (2).

Exposición al sol: Demasiada exposición al sol permite que los rayos UV lleguen a las capas interiores de la piel. Usted conoce esto como quemaduras solares. Esto puede causar que las células de la piel mueran, se dañen o desarrollen cáncer (1).

Estilo de vida: El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. Usa medios de protección solar (1).

Ocupación: El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

Antecedentes familiares: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Esto abarca las enfermedades actuales y pasadas. En los antecedentes familiares a veces se observa la distribución de ciertas enfermedades en una familia. También se llama historia médica familiar.

Queratosis actínica: La queratosis actínica es un parche grueso y escamoso en la piel, que se desarrolla después de muchos años de exposición al sol. Comúnmente se encuentra en el rostro, los labios, las orejas, el dorso de las manos, los antebrazos, el cuero cabelludo o el cuello (2).

Nevus displásico: Un nevo displásico es un tipo de lunar de diferente apariencia al de un lunar común. (Algunos médicos usan el término "lunar atípico" cuando se refieren a un nevo **displásico**). Un nevo **displásico** puede ser más grande que un lunar común, y su color, superficie y bordes pueden ser diferentes (5).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- **H1.** Existe factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
- **H0.** No Existe factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.

2.5. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. Variable Independiente

- Factores de riesgo.

2.5.2. Variable Dependiente

- Carcinoma de piel no melanomico

2.5.3. Operacionalización de las Variables

| VARIABLES | INDICADORES | VALOR FINAL | TIPO DE VARIABLE |
|----------------|------------------------|-------------------------|------------------|
| SEXO | BIOLOGICO | MASCULINO Y FEMENINO | NOMINAL |
| EDAD | AÑOS | AÑOS | NUMÉRICA |
| PROCEDENCIA | RESIDENCIA | RURAL Y URBANA | NOMINAL |
| OCUPACIÓN | CON O SIN OCUPACIÓN | SI O NO | NOMINAL |
| ANTECEDENTE | PRESENTE O AUSENTE | SI O NO | NOMINAL |
| ESTILO DE VIDA | USO DE PROTECCIÓN | SI O NO | NOMINAL |
| EXPOSICIÓN | SI O NO | SI O NO | NOMINAL |
| CÁNCER | SI O NO | SI O NO | NOMINAL |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

Es un tipo de estudio No experimental, observacional, analítico y retrospectivo, ya que se analizó el fenómeno habiéndose producido en un tiempo pasado y la recolección de datos se realizó a través de las historias clínicas de las pacientes.

3.1.2. Nivel de investigación

Es un estudio del nivel relacional ya que buscó encontrar la asociación de los factores de riesgo con la presencia de carcinoma de piel no melanoma.

3.1.3. Diseño de investigación

Es un diseño de casos y controles.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Definición de la población de estudio

La población de estudio estuvo representada por todos los pacientes diagnosticados con cáncer de piel no melanoma en el periodo 2014 al 2019 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Pucallpa, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra

Unidad de análisis

30 historias clínicas de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de piel no melanoma en el grupo de casos y 30 pacientes en el grupo control atendidos en el consultorio de dermatología por otros problemas de piel en el mismo periodo y edad similar; periodo 2014 al 2019.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de piel no melanoma.
- Pacientes que contengan información completa requerida en el estudio.
- Para el grupo control debe haber sido atendido en el consultorio de dermatología, y del mismo grupo etáreo al grupo de casos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Información incompleta.
- Diagnóstico de melanoma.
- Para el grupo control. Grupos etáreo diferentes al grupo de casos.

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una hoja de recolección de datos ver anexo (7.2 - 1).

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó las historias clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, posteriormente se aplicó el instrumento a la muestra de estudio.

3.5. TRATAMIENTO DE DATOS (PRUEBAS ESTADÍSTICAS)

Se usaron estadística descriptiva para elaborar tablas y gráficos de frecuencias y estadística inferencial para validar la hipótesis con la prueba ji cuadrado.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El estudio estuvo conformado por 60 pacientes atendidos en el servicio de patología por compromiso de piel en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019. **Tabla 1.**

Tabla 1. Características de la población del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| VARIABLES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| SEXO | | |
| VARÓN | 38 | 63.33 |
| MUJER | 22 | 36.67 |
| EDAD | | |
| ADULTO | 26 | 43.33 |
| ADULTO MAYOR | 34 | 56.67 |
| PROCEDENCIA | | |
| URBANO | 50 | 83.33 |
| RURAL | 10 | 16.67 |
| OCUPACIÓN | | |
| NO | 44 | 73.33 |
| SI | 16 | 26.67 |
| ANTECEDENTE | | |
| NO | 28 | 46.67 |
| SI | 32 | 53.33 |
| ESTILOS DE VIDA | | |
| Usa protección | 35 | 58.33 |
| No usa protección | 25 | 41.67 |
| EXPOSICIÓN | | |
| NO | 33 | 55.00 |
| SI | 27 | 45.00 |
| CARCINOMA | | |
| NO | 30 | 50 |
| SI | 30 | 50 |

Fuente: Base de datos.

ANÁLISIS BIVARIADO

La población de mayor representatividad fueron los pacientes que integraban el sexo masculino con 38 pacientes. En relación con el sexo de los pacientes se evidenció que no generó significancia estadística (χ^2 : valor $p=0,592$) con la variable carcinoma. **Tabla 2.**

Tabla 2. Asociación entre la variable sexo y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| Sexo | Carcinoma | | CHI2 |
|-------|-----------|----|-------|
| | No | Si | |
| Varón | 20 | 18 | 0.592 |
| Mujer | 10 | 12 | |

Fuente: Base de datos.

La población de mayor representatividad fueron los pacientes que integraban la categoría adulta con 26. En relación con la edad de los pacientes se evidenció que generó significancia estadística (χ^2 : valor $p < 0.0001$) con la variable carcinoma.

Tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre la variable edad y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| Categoría de Edad | Carcinoma | | |
|-------------------|-----------|----|---------|
| | No | Si | CHI2 |
| Adulto | 21 | 5 | <0,0001 |
| Adulto mayor | 9 | 25 | |

Fuente: Base de datos.

En relación con las personas de procedencia urbana se determinó que representaban un total de 50 personas. Se evidenció que la procedencia no desarrolló significancia estadística en relación con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p = 0.166$). **Tabla 4.**

Tabla 4. Asociación entre la variable procedencia y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| Procedencia | Carcinoma | | CHI 2 |
|-------------|-----------|----|-------|
| | No | Si | |
| Urbano | 23 | 27 | 0.166 |
| Rural | 7 | 3 | |

Fuente: Base de datos.

En relación con las personas que presentaron ocupación fueron un total de 16 pacientes. Se evidenció que el presentar ocupación no desarrolló significancia estadística en relación con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p=0.080$). **Tabla 5.**

Tabla 5. Asociación entre la variable ocupación y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| Ocupación | Carcinoma | | CHI 2 |
|-------------|-----------|----|--------------|
| | No | Si | |
| No presentó | 25 | 19 | 0.080 |
| Si presentó | 5 | 11 | |

Fuente: Base de datos.

En relación con la presencia de antecedentes se evidencio que 32 pacientes presentaron esta condición. A eso se debe agregar que la variable muestra significancia estadística con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p < 0,001$). **Tabla 6.**

Tabla 6. Asociación entre la variable antecedente y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| | Carcinoma | | |
|-------------|-----------|----|--------|
| Antecedente | No | Si | CHI 2 |
| No presentó | 22 | 6 | <0.001 |
| Si presentó | 8 | 24 | |

Fuente: Base de datos.

En relación con los estilos de vida se evidenció que la variable no muestra significancia estadística con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p=0.067$). **Tabla 7.**

Tabla 7. Asociación entre los estilos de vida y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| Estilos de vida | Carcinoma | | CHI 2 |
|-----------------|-----------|----|------------------|
| | No | Si | |
| No se protege | 21 | 14 | <0.001 |
| Si se protege | 9 | 16 | |

Fuente: Base de datos.

En relación con la exposición se evidenció que la variable muestra significancia estadística con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p < 0,001$). **Tabla 8.**

Tabla 8. Asociación entre la variable exposición y el cáncer de piel no melanoma en los pacientes del estudio factores de riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019.

| Exposición | Carcinoma | | CHI 2 |
|-------------|-----------|----|-------------------|
| | No | Si | |
| No presentó | 24 | 9 | <0.0001 |
| Si presentó | 6 | 21 | |

Fuente: Base de datos.

REGRESIÓN LOGÍSTICA

La relación entre las variables sexo y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 no mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 1.333; IC: 0,464 – 3.823; $p=0.592$). **Tabla 9.**

Tabla 9. Regresión logística de las variables sexo del paciente y la variable carcinoma.

| | Carcinoma | | |
|------|-----------|---------------|--------------|
| SEXO | RP | IC95% | VALOR P |
| | 1,333 | 0,464 – 3.823 | 0.592 |

Fuente: Base de datos.

La relación entre las variables edad y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 11.66; IC: 3.384 – 40.219; $p < 0,0001$). **Tabla 10.**

Tabla 10. Regresión logística de las variables edad del paciente y la variable carcinoma.

| | Carcinoma | | |
|-------------|-----------|----------------|----------|
| | RP | IC95% | VALOR P |
| Edad | 11.666 | 3.384 – 40.219 | < 0.0001 |

Fuente: Base de datos.

La relación entre las variables procedencia y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 no mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 0.365; IC: 0.084 – 1.575; p=0.177). **Tabla 11.**

Tabla 11. Regresión logística de las variables procedencia del paciente y la variable carcinoma.

| | Carcinoma | | |
|-------------|-----------|---------------|---------|
| PROCEDENCIA | RP | IC95% | VALOR P |
| | 0.365 | 0.084 – 1.575 | 0.177 |

Fuente: Base de datos.

La relación entre las variables ocupación y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 no mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 2.894; IC: 0.859 – 9.744; p=0.086). **Tabla 12.**

Tabla 12. Regresión logística de las variables ocupación del paciente y la variable carcinoma.

| | Carcinoma | | |
|-----------|-----------|---------------|---------|
| OCUPACIÓN | RP | IC95% | VALOR P |
| | 2.894 | 0.859 – 9.744 | 0.086 |

Fuente: Base de datos.

La relación entre las variables presencia de antecedente y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 11.266; IC: 3.292 – 36.751; $p < 0.001$). **Tabla 13.**

Tabla 13. Regresión logística de las variables antecedente del paciente y la variable carcinoma.

| | Carcinoma | | |
|-------------|-----------|----------------|---------|
| Antecedente | RP | IC95% | VALOR P |
| | 11.266 | 3.292 – 36.751 | <0.0001 |

Fuente: Base de datos.

La relación entre las variables presencia de exposición y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 11.266; IC: 2.846 – 30.601; $p < 0.001$). **Tabla 14.**

Tabla 14. Regresión logística de las variables antecedente del paciente y la variable carcinoma.

| | Carcinoma | | |
|------------|-----------|----------------|---------|
| Exposición | RP | IC95% | VALOR P |
| | 9.333 | 2.846 – 30.601 | <0.0001 |

Fuente: Base de datos.

4.2. DISCUSIÓN

La población de mayor representatividad fueron los pacientes que integraban el sexo masculino con 38 pacientes. En relación con el sexo de los pacientes se evidenció que no generó significancia estadística (χ^2 : valor $p=0,592$). En Cuba, este tipo de lesión en piel se asoció al género masculino (11).

La población de mayor representatividad fueron los pacientes que integraban la categoría adulta. En relación con la edad de los pacientes se evidenció que generó significancia estadística (χ^2 : valor $p < 0.0001$). Se evidenció en un estudio internacional que la población más afectada era la que comprometía a personas de 70 años a más (11).

Se evidenció que la procedencia no desarrolló significancia estadística en relación con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p=0.166$).

Se evidenció que el presentar ocupación al aire libre no desarrolló significancia estadística en relación con la variable carcinoma (χ^2 : valor $p=0.080$); sin embargo, **en España, se determinó que la mayor exposición solar puede ser determinante para ocasionar lesiones en piel (14)(9).**

En relación con la presencia de antecedentes se evidencio que 32 pacientes presentaron esta condición. A eso se debe agregar que la variable muestra significancia estadística con la variable carcinoma de piel (χ^2 : valor $p < 0,001$). Se debe mencionar que existen factores de tipo individual y ambiental que interfieren para el desarrollo de este tipo de lesiones cancerígenas.

Los estilos de vida no mostraron significancia estadística con la variable carcinoma de piel (χ^2 : valor $p=0.067$). sin embargo, los estudios indican que los estilos de vida

poco saludables y la exposición a la gran cantidad de carcinógenos pueden ser los desencadenantes del cuadro clínico mencionado (9)(10).

La relación entre las variables exposición y la presencia de carcinoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2014 – 2019 mostró asociación en el análisis por regresión logística (RP: 11.266; IC: 2.846 – 30.601; $p < 0.001$); cabe resaltar que son las personas de piel blanca los que a mayor exposición son capaces de desarrollar lesiones en piel de tipo cancerígenas (11)(12)(13)(14).

CONCLUSIONES

1. Se puede concluir que la edad es un factor de riesgo para cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
2. El sexo no es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
3. La exposición al sol es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
4. El estilo de vida dado por el uso de medios de protección no es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.
5. El antecedentes familiares es un factor de riesgo pero la ocupación y el domicilio no son factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda para próximos estudios en relación con nuestras variables aumentar la población de estudio, esto debido a que podría presentar cambios dentro de su interpretación en relación con las variables sexo, estilos de vida, procedencia y ocupación.
2. Se debe realizar una comparación de nuestros resultados con estudios realizados en nuestra localidad para poder identificar si se siguen manteniendo los factores de riesgo de nuestro estudio.
3. Se debe realizar comparaciones entre instituciones privadas y estatales con el fin de identificar qué factores de riesgo se siguen asociando a la presencia de carcinoma.
4. Se debe hacer seguimiento a los pacientes con carcinoma de piel para determinar como fueron evolucionando sus diagnósticos y sus factores de riesgo.
5. Las variables que salieron con significancia estadística deben ser compartidas para conocer un poco de la realidad de nuestros pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2014 – 2019.
6. Se debería en el futuro elaborar una ficha epidemiológica para identificar los fenotipos de piel mas frecuentes en Pucallpa.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Meza Méndez B V. Características Epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma Centro Médico Naval, 2009-2014 [pregrado]. Universidad de San Martín de Porres; 2015. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2129/meza_b_v.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
2. Lobos B P, Lobos S A. Cáncer de piel no-melanoma. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(6) 737-748]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011704862>.
3. Castañeda Gameros Paola, Eljure Téllez Juliana. El cáncer de piel, un problema actual. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Abr 09]; 59(2): 6-14. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000200006&lng=es.
4. RPP noticias – vital: Radio programas del Perú [Internet]. Lima: RPP; c2018 [citado 10 abr 2020]. Cáncer a la piel: En el Perú se registran 3500 casos nuevos al año [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://rpp.pe/vital/salud/cancer-a-la-piel-en-el-peru-se-registran-3500-casos-nuevos-al-ano-noticia-1168904>.
5. Sordo Carlos, Gutiérrez César. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2013 Ene [citado 2018 Sep 01]; 30(1): 113-117. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100021&lng=es.
6. Rosso Fernández Clara M. Comportamientos de protección solar y percepción de riesgo de cáncer de piel en la población española [Postgrado]. Universidad de Sevilla; 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46859>.
7. Diario Correo. 07 de Diciembre del 2017 - 15:59» Textos: Julia Zavala » Fotos: Difusión / Grupo Epena. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/salud/estadisticas-cancer-de-piel-peru-790644/>.

8. Darias Domínguez Cristy, Garrido Celis Jessica. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 Ago 29]; 40(1): 172-182. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100017&lng=es.
9. Rodríguez García R, Hechevarría Miyares JH y Azze Pavón MA. Cáncer de Piel y ocupación. Rev Cubana Med 2001; 40(4):266-272.
10. Urrego-Rivera Flor Liliana, Faura-Berruga Cristina. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Ago 29]; 8(2): 166-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000200014>.
11. Viñas García Mileydis, Algozain Acosta Yudit, Álvarez Campos Licerba, Quintana Díaz Juan Carlos. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Ago 29] 48(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200004&lng=es.
12. Castañeda Gameros Paola, Eljure Téllez Juliana. El cáncer de piel, un problema actual. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Sep 02]; 59(2): 6-14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000200006&lng=es.
13. Dagatti María Susana, Bertola Compagnucci Agustina, Pezzotto Stella Maris. Hábitos alimentarios y riesgo de cáncer de piel no melanoma. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Ago 29]; 38(1): 15-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000100002>.

14. Galán Iñaki, Rodríguez-Laso Ángel, Díez-Gañán Lucía, Cámara Enrique. Prevalence and correlates of skin cancer risk behaviors in Madrid (Spain). Gac Sanit [Internet]. 2011 Feb [citado 2020 Abr 17]; 25(1): 44-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000100008&lng=es.
15. Galván Meza Rober Roy. Factores epidemiológicos asociados a conocimientos y actitudes sobre fotoprotección en internos de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en Septiembre del 2017[pregrado]. Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1311/66%20GALV%C3%81N%20MEZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. García Hidalgo Hugo. Perfil Epidemiológico de las neoplasias malignas en el Hospital Regional docente “Felipe Santiago Arriola Iglesias” de Loreto, durante el periodo de enero a diciembre del año 2016 [pregrado]. Universidad Nacional de la amazonía Peruana; 2017. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4707/Hugo_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Gaceta Ucayalina. 22 de abril del 2019 [internet]. Pucallpa: Gaceta Ucayalina; 2019 [actualizado 22 abril 2019, citado 19 abril 2020]. Disponible en: <https://www.gacetaucayalina.com/2019/04/medicos-de-essalud-ucayali-extirpan-tumor-cancerigeno-alojado-en-rostro-de-paciente.html>.
18. Salsavilca García Jesús T. Características clínicas e histopatológicas de los tumores malignos de piel más frecuentes en el Hospital II Essalud Pucallpa durante el periodo 2014 al 2018 [pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali; 2020.
19. Weedon D. Patología de Piel. 1ra ed. España. Marban libros S L. 2002. Pp. 648.

ANEXO

ANEXO 1: CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CUESTIONARIO

MARCAR CON UNA X O RELLENAR SEGÚN CORRESPONDA.

DATOS GENERALES:

| DIMENSIONES | INDICADORES |
|-----------------------------------|--|
| Edad |años |
| Sexo | Femeninomasculino..... |
| Fenotipo de la piel | Fototipo1__fototipo2..... fototipo3..... |
| Exposición al sol | Si.....no..... |
| Estilo de vida | Si..... no..... |
| Ocupación | Aire libre..... interiores |
| Antecedentes familiares de cáncer | Si..... No..... |
| Domicilio | Rural..... Urbano..... |
| Carcinoma | Si..... No..... |

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha PUCALLPA, PERIODO 2014 – 2019”

| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS | VARIABLES |
|---|--|---|--|---|
| ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019? | Identificar cuáles son los factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar si la edad es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Identificar si el sexo es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Determinar si el fenotipo de la piel es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Determinar si la exposición al sol es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Determinar si el estilo de vida dado por el uso de medios de protección, es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Identificar si la ocupación es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. | <p>Hipótesis General</p> <p>H1. Existe factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H0. No Existe factores de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>H1. La edad es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H2. El sexo es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H3. El fenotipo de la piel es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H4. La exposición al sol es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> | <p>Variable independiente Factores de riesgo.</p> <p>Variable dependiente Cáncer de piel no melanoma.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar si los antecedentes familiares de cáncer son un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Determinar si la queratosis actínica es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Determinar si los nuevos displásicos son un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. • Determinar si el domicilio (rural o urbano) es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019. | <p>H5. El estilo de vida dado por el uso de medios de protección, es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H6. La ocupación es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H7. Los antecedentes familiares de cáncer son un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H8. La queratosis actínica es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H9. Los nevus displásicos son un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> <p>H10. El domicilio (rural o urbano) es un factor de riesgo del cáncer de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Pucallpa, periodo 2014 – 2019.</p> | |
|--|--|---|---|--|