

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE CÁNCER EN LA REGIÓN JUNÍN
2013 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

DORIS GARCÍA INGA

**Callao, 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Doris García Inga', with a stylized flourish at the end.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| ➤ Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA | SECRETARIA |
| ➤ Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | VOCAL |

ASESORA: Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 344

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2193-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	10
1.3 Justificación	10
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	49
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	50
3.1 Recolección de Datos	50
3.2 Experiencia Profesional	51
3.3 Procesos Realizados del Informe	55
IV. RESULTADOS	57
V. CONCLUSIONES	63
VI. RECOMENDACIONES	64
VII. REFERENCIALES	65
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN.

Según la OMS, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en el año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer.

Mientras la mortalidad por todas las causas en el Perú viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte. Según las cifras oficiales del Ministerio de Salud hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso.

En ambos sexos, es el cáncer de estómago la causa mayor de muertes y le siguen en orden de importancia hígado y vías biliares, pulmón, cérvix, próstata, mama, tumor de origen incierto, colon, leucemia y cáncer de páncreas. Es probable que cuando se identifica las muertes por cáncer de

hígado y vías biliares, en muchas de ellas el origen primario podría corresponder a otra localización.

El presente informe de experiencia profesional titulado INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER EN LA REGIÓN JUNÍN 2013 – 2016, tiene finalidad describir la intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica del cáncer. Así mismo permitirá realizar la caracterización utilizando las tres variables epidemiológicas espacio, tiempo y persona.

El presente informe consta de VII CAPÍTULOS, los cuales se detallan continuación: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, la presentación de la experiencia profesional, resultados; conclusiones, referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la Situación Problemática

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos (1).

Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos.

Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer.

Las infecciones oncogénicas, entre ellas las causadas por virus de las hepatitis o por papiloma virus humanos, ocasionan el 25% de los casos de cáncer en los países de ingresos medios y bajos.

La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En 2015, solo el 35% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%. El impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones, el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a US\$ 1,16 billones.

Solo uno de cada cinco países de ingresos medianos o bajos dispone de los datos necesarios para impulsar políticas de lucha contra la enfermedad.

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

La 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 acciones(2). 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. (1)

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN9 del año 2008, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 157.1 casos por 100 000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (174.9 por 100 000 versus 140.9 por 100 000); si estas cifras son proyectadas a la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año se diagnostican más de 45000 casos nuevos de cáncer.

Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permiten estimar que para el año 2011 se diagnosticarían en Lima Metropolitana un total de 34 000 casos nuevos de cáncer; asimismo, si a estos datos se incluyen los del

Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa y los del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo se estima que para el año 2015, se diagnosticarían 46 264 casos nuevos a nivel nacional. Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, encuentran para el período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes (Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0 por 100 000 versus 183.1 por 100 000 respectivamente). Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo publicados en el documento "Cáncer incidence in five continents", encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100 000 en varones y de 190.3 casos por 100 000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma). Esta situación de tasas de incidencia más altas en mujeres que en hombres constituye una situación distinta de la reportada a nivel mundial y en la región.

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cervix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículo endotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso,

cartilago 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 el análisis de vulnerabilidad territorial para cáncer a nivel departamental basado en indicadores sociales, de promoción de la salud, epidemiológico, de recursos humanos y equipamiento. Luego de calcular el índice de vulnerabilidad se encontró que los departamentos muy vulnerables para cáncer fueron Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Amazonas, Loreto y Pasco lo que implica que requieren intervención inmediata; mientras que, en

condición de vulnerables se encontraban los departamentos de Piura, Cusco, Tumbes, Apurímac, Puno y San Martín, lo que implica que requieren fortalecerse en el corto-mediano plazo (1).

1.2. Objetivos

Describir la intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de Cáncer en la Región Junín 2013-2016.

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la experiencia en la vigilancia epidemiológica del cáncer en la región Junín en los años 2013 - 2016, realizando una caracterización epidemiológica del cáncer dando énfasis en las tres variables epidemiológicas espacio, tiempo y persona.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

- THE LANCET ONCOLOGY Comisión. **La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe.** Lancet Oncol 2013; 14:1-52. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos. (1).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control del Cáncer: aplicación de los conocimientos; Guía para desarrollar programas eficaces;** módulo 6. Ginebra: OMS; 2007 : 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 acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes (2).

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **El cáncer en la región de las Américas.** OPS; 2012. Disponible en:http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=. : 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. (3)
- SIMÓN S, BINES J, BARRIOS C. **Clinical characteristics and outcome of treatment of Brazilian women with breast cancer treated at public and private institutions—the AMAZONE project of the Brazilian breast cancer study group (GBECAM).** San Antonio Breast Cancer Symposium; San Antonio, TX, USA; Dic 9–13, 2009. Abstr 3082. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. (4).

- RAMOS MUÑOZ Wily, VENEGAS OJEDA , Diego Rolando :
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CANCER EN EL PERÚ.
Cáncer, factores de riesgo, vigilancia epidemiológica,
mortalidad , recursos humanos. (7).

2.2. Marco Conceptual o Referencial:

2.2.1. **Definición:** 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 celular malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado. La célula cancerosa “olvida” la capacidad para morir y se divide casi sin límites, estas células llegan a formar unas masas, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales, dando 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 disemina ni infiltran los tejidos vecinos y se los considera "benignos".

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 cáncer 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% de la totalidad de los cánceres, como cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros.
- **Sarcoma:** 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.

2.2.2. Etiología del cáncer:

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

- Consumo de tabaco: Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago.
- Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
- Bajo consumo de frutas y verduras: Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto).
- Dieta no saludable: El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon.

- Combustión de leña, carbón y bosta: Vinculado a cáncer de pulmón.
- Exposición a asbesto: Asociado a cáncer de pulmón (Mesotelioma).
- Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.
- Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix.
- Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.
- Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.
- Infección: Se ha encontrado asociación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, del virus de la hepatitis B (VHB) con el hepatocarcinoma y del *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago.

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

CONSUMO DE TABACO:

Las Encuestas Nacionales de Prevención y Consumo de Drogas (12-64 años) realizadas en población urbana de ciudades de 20000 y más habitantes por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA (I, II, III y IV Encuestas) muestran que, en el período 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%). 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).

CONSUMO DE ALCOHOL:

Diversos estudios de consumo de alcohol realizados principalmente por DEVIDA y el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) encuentran una prevalencia de consumo en el último mes que varía entre 34.5% y 50.0% según el ámbito geográfico. Los datos de DEVIDA respecto de la prevalencia de consumo de alcohol en el último año en personas de 12 a 65 años de edad evidencian una tendencia descendente pasando de 79.6% el año 1998 a 54.7% el año 2010.

BAJO CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS:

No se cuenta con estudios nacionales de prevalencia de bajo consumo frutas y verduras. Los estudios realizados por la Universidad de Lima durante el período 2007-2009 a través de una encuesta poblacional en Lima y Callao mostraron una tendencia ascendente de la proporción de personas con bajo consumo de frutas y verduras; de acuerdo al último estudio realizado el año 2009, cerca de la mitad de las personas encuestadas tenía un bajo consumo de frutas en su dieta y cerca de la tercera parte tenía un bajo consumo de verduras.

El estudio PREVENCIÓN realizado el año 2006 encontró que el 34.5% de la población adulta de Arequipa Metropolitana tenía

una baja frecuencia de consumo de frutas y el 33.3% tenía baja frecuencia de consumo de verduras.

OBESIDAD Y SOBREPESO:

El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollar cánceres de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El único estudio que evalúa la prevalencia a nivel nacional de obesidad en hombres y mujeres es la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas (ENIN-BSC) realizada por el Instituto Nacional de Salud que encontró una prevalencia de 16.5%. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizada por el INEI el año 201237, encontró en mujeres en edad fértil una prevalencia de 17.9%. Entre el período 2003-2007, los estudios de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (FRENT) realizados por la Dirección General de Epidemiología (DGE-MINSA), encontraron prevalencias de obesidad entre 17.5% y 23.1% en pobladores de algunas ciudades de la costa (Tumbes, Trujillo, Lima-Callao y Villa El Salvador); mientras que, en ciudades de la sierra, los estudios realizados por la Dirección General de Epidemiología y Medina-Lezama encontraron prevalencias de

17.5% y 17.6% en Huancayo y Arequipa respectivamente. Los estudios realizados por el Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas (CRÓNICAS)

de la Universidad Peruana Cayetano Heredia han encontrado una prevalencia de obesidad de 3.0%, 20.0% y

33.0% en poblaciones rural, migrante y urbana respectivamente.

Para el caso del sobrepeso la ENIN-BSC encontró una prevalencia de 35.3%; asimismo, la ENDES del año 2012 encontró en mujeres en edad fértil una prevalencia de sobrepeso de 34.7%. Entre el período 2003- 2007, estudios realizados por la DGE-MINSA encontraron prevalencias entre 34.8% y 38.2% en pobladores de ciudades de la costa; mientras que, en ciudades de la sierra, los estudios realizados también por la DGE-MINSA y Medina-Lezama encontraron prevalencias de 17.5% y 17.6% (Huancayo y Arequipa respectivamente).

Las ENDES realizadas periódicamente muestran que para el período 2000-2012, la tendencia del porcentaje de mujeres en edad fértil afectadas por sobrepeso y obesidad es ascendente (Gráficos 7 y 8), lo que representaría un incremento importante en los próximos años de los cánceres vinculados a ambos factores. Si bien es cierto que no existen datos publicados que

evidencien una tendencia en varones, presumiblemente la situación sería similar.

De todas las fuentes revisadas puede concluirse que, a nivel nacional, al menos 1 de cada 2 peruanos con edad mayor o igual a 20 años tiene sobrepeso u obesidad, fenómenos que es consistente con los resultados de las investigaciones regionales.

LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI :

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

La ingesta de agua contaminada constituye el mecanismo más importante de infección en países en vías desarrollo. Las primeras evidencias sobre la ruta de transmisión acuática de este microorganismo a humanos fueron aportadas por estudios epidemiológicos realizados en países en vías de desarrollo como Perú, Colombia, Chile y Venezuela. En Lima, Klein et al. (1991) encontraron que la prevalencia de *Helicobacter pylori* en niños de 2 meses a 12 años de edad fue de 48% la cual estuvo asociada al consumo de fuentes externas de agua (drenaje

comunitario). Esto fue confirmado por los mismos autores (1996) en un estudio en el que se obtuvo 48 muestras de agua de pueblos jóvenes de Lima y en el que se confirmó mediante reacción en cadena de la polimerasa la presencia de *Helicobacter pylori* en 24 de ellas (50.0%) Los resultados de estos estudios indican que el agua puede ser un intermediario en la transmisión fecal-oral, actuando como un reservorio en el cual la bacteria puede permanecer por períodos prolongados y menor en los ámbitos rurales.

El consumo de agua no tratada es considerado un factor de riesgo para la infección en poblaciones. En nuestro país, en los últimos años se ha producido un incremento de la cobertura del servicio de agua potable lo cual ha sido documentado a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Así, el acceso sostenible a agua potable a nivel nacional ha pasado de 71.5% en el año 2001 hasta 76.2% el año 2010, lo que representa un incremento del 6.6%. Para el año 2010, el porcentaje de acceso a agua potable en la costa era de 87.7%, en la sierra de 65.6% y en la selva de 55.5%. Puede observarse que el incremento de la cobertura de agua potable es insuficiente en la población, particularmente en la sierra y en la selva.

Aún el disponer de agua potable no es suficiente en la prevención de la infección, *Helicobacter pylori* es más

resistente al cloro que las bacterias coliformes comunes y permanece viable en el agua por varios días, lo que favorece su transmisión. En un estudio realizado por el Grupo de Fisiología Gastrointestinal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la Universidad Johns Hopkins, se demostró que el agua de la Atarjea, central de Procesamiento desde donde se distribuye el agua al resto de la ciudad de Lima, presentaba material genético de la bacteria *Helicobacter pylori*.

INFECCIÓN POR EL VPH:

Se estima que casi todos los cánceres de cérvix son ocasionados por el VPH y que los subtipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cérvix. La infección por el VPH es muy frecuente y se estima que el 80% de la población adulta sexualmente activa se infecta sub clínicamente por algún subtipo de este virus en su vida. La infección persistente por los subtipos oncogénicos es la causa principal de cáncer de cérvix, siendo los de más alto riesgo los subtipos 16, 18, 31, 33 así como 35, 39 y 45 (Que a su vez se asocian a displasia moderada, severa y cáncer de cérvix); mientras que los de menor riesgo (subtipos no oncogénicos) son los 6, 11, 40, 42, 43, 54, etc. Recientemente se ha implementado en nuestro país la

vacunación contra el VPH, utilizando la vacuna tetravalente (que incluye los subtipos 16, 18, 6 y 11), de allí que es importante conocer la situación de la infección por el VPH en mujeres.

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

Se tienen estudios disponibles en algunas poblaciones de mujeres. Una investigación realizada en la primera mitad de la década de 1990 por el Centro de Investigación Maes Heller en mujeres en edad fértil de un área urbano marginal de Lima encontró una prevalencia de infección por el VPH de 20.2%. Otro estudio realizado el año 2001 en estudiantes de educación superior de 18 a 26 años de dos universidades y de un instituto superior de Lima, encontró una prevalencia de infección de 8.4%. Un estudio reciente en un establecimiento de la

Amazonía peruana (2011), en una muestra de 5435 mujeres entre los 25 y 49 años, que acudieron a tamizaje de cáncer de cérvix, encontró una prevalencia de infección VPH de alto riesgo de 12.6%. Sin embargo, la interpretación de estos datos debe ser cuidadosa debido a las diferentes metodologías de detección del VPH empleadas.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B:

La hepatitis viral constituye un problema de salud pública, particularmente la hepatitis B la cual es responsable del 90% de los carcinomas hepatocelulares, razón por la cual en la actualidad se promueve la vacunación contra dicho virus en población general que constituye la intervención más costo-efectiva.

Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que alrededor de 2000 millones de personas en el mundo están infectadas por el virus de la hepatitis B (VHB) y más de 240 millones de personas padecen infección crónica por este virus. En nuestro país, estudios realizados en bancos de sangre a nivel nacional encontraron una seroprevalencia del VHB (Antígeno de superficie) del 0.92% en personas entre 18 y 50 años, lo cual debería aproximarse a la prevalencia del VHB en población general (An Fac Med 2005; 66 [Suppl 1]: S50). Para

el año 2012, la Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis B notificó un total de 496 casos confirmados y 150 casos probables, procedentes principalmente de los departamentos de Loreto (25.9%), Arequipa (18.4%), Cusco (13.2%), Lima (10.8%) y Ayacucho (9.5%) los cuales concentraron más del 75% de los casos.

INFECCIÓN POR EL VIH

Se ha documentado la asociación entre infección por el VIH/SIDA con sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin.

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

Estimaciones realizadas por ONUSIDA (EPP/SPECTRUM) evidencian que la prevalencia de infección por el VIH/SIDA en población adulta del Perú es del 0.4% lo que significa que aproximadamente 70 000 adultos a nivel nacional la presentan. La prevalencia de infección por el VIH/SIDA en gestantes peruanas es de 0.23% y en la población de hombres que tienen

sexo con otros hombres (HSH) es de 12.4% lo que evidencia que la epidemia se encuentra concentrada.

Según datos de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA de la Dirección General de Epidemiología, el año 2012 se notificó 2640 casos nuevos de infección por VIH y 929 casos de sida . Para el período 1983-2012, Lima, Callao, Loreto, La Libertad, Piura y Lambayeque concentraban el 80% de los casos notificados de infección por el VIH; mientras que, Lima, Callao, Loreto y Arequipa concentraban el 80% de todos los casos de sida notificados.

La principal vía de transmisión en los casos de SIDA notificados es la sexual (97%), seguida de la perinatal (2%) y parenteral (1%); la razón hombre /mujer es de 3:1. La mediana de la edad de los casos de SIDA acumulados desde 1983 es de 31 años, por lo que es posible que el 50% de los casos se hayan expuesto al VIH alrededor de los 20 años de edad.

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN SOLAR:

El principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel es la exposición acumulativa y/o intermitente intensa a la radiación ultravioleta. Constituyen intervenciones dirigidas a su prevención la promoción de estilos de vida saludable, la limitación de la exposición a la radiación solar y la exposición

usando medidas de protección (Foto protección) ya sea con un protector solar u otras medidas (Sombrero o gorra, lentes oscuros con protección UV, pantalón y camisa de manga larga, sombrilla). Los estudios disponibles en este ámbito no tienen carácter poblacional sino que se han realizado como parte de campañas de educación y diagnóstico precoz del cáncer de piel (Principalmente en los meses de verano) por parte de instituciones de la sociedad civil y/o a través de investigaciones independientes.

El estudio más reciente es el realizado por la Sociedad Peruana de Dermatología en el curso de la Campaña de Foto educación en playas de Lima y Callao 70 durante el mes de enero de 2012. 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 foto protección por parte de los bañistas fue limitado. Es posible que las prácticas en foto protección de estas personas se hayan visto favorecidas por su participación

en campañas previas realizadas en las playas por lo que podría esperarse que las de la población general se encuentren por debajo de lo reportado en este estudio.

2.2.3. Fisiopatología:

Un organismo normal de una persona adulta posee 10^{15} , de esta cantidad mueren al día 10^{12} , superando esta pérdida por la regeneración celular y puede darse un crecimiento mayor al que se produce una hipertrofia, si predomina la destrucción sobre la regeneración produce una atrofia

El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas se denomina carcinogénesis. La comprensión de este proceso se logró principalmente por el desarrollo de técnicas de estudio genético.

Mediante estas, se estableció que la transformación progresiva de células normales a derivados altamente malignos se originaba en alteraciones en el material genético (mutaciones). Estas mutaciones le confieren a una célula la capacidad de dividirse a una tasa mayor que su cohorte y generar una descendencia que conserva esta mutación(ciones). Posteriormente, las células hijas acumulan subsecuentes y diversas mutaciones que permite generar distintos clones. Estos presentan mayores capacidades de supervivencia y

crecimiento, ventajas proliferativas respecto de su contraparte normal que permite generar un clon neoplásico persistente. Normalmente, las células del sistema inmune son capaces de eliminar a estas células tumorales, en un proceso denominado inmunovigilancia tumoral. Sin embargo, algunos de estos clones pueden adquirir nuevas capacidades que les permiten evadir estos mecanismos de control y se desarrolla una neoplasia. (8.9).

El rol de las alteraciones genéticas en la carcinogénesis fue puesto de manifiesto al descubrir en el genoma humano, genes homólogos a genes retrovirales relacionados previamente con el desarrollo de tumores. En células humanas normales estos genes se denominaron proto oncogenes y se relacionan con el crecimiento y proliferación de las células normales. Cuando se encuentran mutados se denominan oncogenes y su mutación es de tipo dominante, es decir, sólo es necesario que uno de los alelos sufra una mutación para que la proteína que codifica, gane funcionalidad. Esto generalmente se traduce en aumento de supervivencia y proliferación (10).

2.2.4. Diagnóstico;

Pruebas de laboratorio

Las concentraciones altas o bajas de ciertas sustancias en su cuerpo pueden ser un signo de cáncer. Por lo que los análisis de sangre, de orina, o de otros fluidos del cuerpo en el laboratorio para medir esas sustancias pueden ayudar a los doctores a determinar un diagnóstico. Sin embargo, los análisis de laboratorio anormales no son un signo seguro de cáncer. Los análisis de laboratorio son una herramienta importante, pero los médicos no pueden confiar solo en ellos para diagnosticar el cáncer.

Estudios de imágenes

Los procedimientos con imágenes generan representaciones gráficas de las regiones internas de su cuerpo que ayudan a los médicos a ver si existe un tumor. Estas imágenes se pueden hacer de diferentes formas:

Tomografía computarizada (TC):

Una máquina de rayos X conectada a una computadora toma una serie de imágenes detalladas de sus órganos. Es posible que le den un tinte o un material de contraste para hacer destacar las zonas internas del cuerpo. El material de contraste ayuda para que esas imágenes puedan verse mejor.

Exploración nuclear:

Para esta exploración, usted recibe una inyección de una pequeña cantidad de material radiactivo, que algunas veces se llama marcador radiactivo. Este material fluye por el torrente sanguíneo y se acumula en algunos huesos u órganos. Una máquina llamada escáner detecta la radiactividad y la mide. El escáner genera imágenes de los huesos y órganos en la pantalla de una computadora o en una película. Su cuerpo se deshace rápidamente de la sustancia radiactiva. Este tipo de exploración puede llamarse también gammagrafía con radionúclido.

Ecografía:

Un aparato de ecografía emite ondas de sonido que no se pueden oír. Las ondas rebotan en los tejidos internos de su cuerpo como un eco. Una computadora usa estos ecos para generar una imagen de zonas internas de su cuerpo. Esta imagen puede llamarse sonograma.

Resonancia magnética (RM):

Un imán potente conectado a una computadora crea imágenes detalladas de zonas internas de su cuerpo. Su médico puede ver esas imágenes en un monitor o imprimirlas en película.

Tomografía por emisión de positrones (TEP):

Para esta exploración, usted recibe una inyección de un marcador radiactivo. Luego, una máquina crea imágenes de tercera dimensión que muestran en dónde se acumula el marcador en el cuerpo. Estas exploraciones muestran cómo están funcionando los tejidos y los órganos.

Rayos X:

Los rayos X usan dosis bajas de radiación para crear imágenes del interior de su cuerpo.

Biopsia

En muchos casos, los doctores necesitan hacer una biopsia para diagnosticar el cáncer. Una biopsia es un procedimiento en el que el doctor extrae una muestra de tejido. Luego, un patólogo examina el tejido al microscopio para ver si hay células cancerosas. La muestra puede obtenerse de varias maneras:

Con una aguja: El doctor usa una aguja para extraer tejido o fluido.

Con un endoscopio: El doctor ve las partes internas del cuerpo mediante un tubo delgado y luminoso llamado endoscopio. El endoscopio se inserta por un orificio natural, como lo es la

boca. Luego, el médico usa un instrumento especial para extraer tejido o células por el tubo.

Con cirugía: La cirugía puede ser de escisión o de incisión.

En la biopsia de escisión, el cirujano extrae todo el tumor. Con frecuencia, se extrae también tejido sano que rodea al tumor.

En la cirugía de incisión, el cirujano extrae solo una parte del tumor.

Finalidad de la vigilancia epidemiológica:

Contribuir a mejorar la calidad de información en relación a morbilidad y mortalidad por cáncer en un territorio definido, permitiendo estimar las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad, así como conocer la distribución geográfica y por grupos poblacionales de esta patología.

Objetivos:

Objetivos generales:

1. Establecer las pautas para la vigilancia epidemiológica especializada del cáncer a partir de los registros hospitalarios.

2. Contribuir a la prevención y control del cáncer a través de la generación de información para la toma de decisiones por niveles de atención.
3. Orientar a la planificación y control de las acciones sanitarias relativas al cáncer, incluyendo la investigación específica.

Objetivos específicos:

- Asignar la responsabilidad de la conducción de la vigilancia epidemiológica a las oficinas de Epidemiología de cada Hospital de las Direcciones de Salud .
- Conformar el comité Asesor Nacional, para análisis y monitoreo de la vigilancia del cáncer.
- Conformar un comité técnico hospitalaria de cáncer en cada hospital.
- Determinar la magnitud y tendencia de las neoplasias malignas en el ámbito local, regional y nacional.
- Orientar las medidas y acciones oportunas para el diagnóstico precoz y prevención del cáncer.
- Evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias y la efectividad de los programas de salud vigentes en neoplasias malignas.

- Promover y generar estudios de investigación epidemiológica en base a los resultados de los registros de cáncer.
- Monitorizar y evaluar en forma permanente las actividades de la vigilancia del cáncer.
- Garantizar la sostenibilidad de la vigilancia del cáncer en los establecimientos seleccionados como unidades notificantes.

La vigilancia epidemiológica de cáncer se sustenta en la metodología de registro de casos de cáncer , en los servicios de salud públicos o privados y a nivel poblacional.

La metodología de registro de casos de cáncer esta estandarizada a nivel mundial y ha sido desarrollada por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), entidad dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el Perú se ha desarrollado un aplicativo informático que facilita el registro , seguimiento y análisis de los casos, utilizando las variables relevantes , para insertar la vigilancia del cáncer en el sistema de vigilancia epidemiológica nacional.

DEFINICIONES OPERATIVAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER:

1. Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC): El RHC es un sistema de información continua , sistemática y exhaustiva , un conjunto estandarizado de datos básicos sobre la ocurrencia y características de las neoplasias malignas en los pacientes de los servicios públicos y privados, cualquiera sean la procedencia geográfica y con los que ha contactado primariamente el paciente.
- 2 Fuentes de Datos: Son los registros , base de datos, libros y otros instrumentos, donde se consigne datos de diagnostico e identificación del paciente.

Estos pueden ser:

- a. Historia clínica.
- b. Parte diario de consultas externas (HIS).
- c. Registro de altas /Egresos de todos los servicios del hospital.
- d. Registro de Anatomía Patológica y Citología
- e. Operaciones, Registro de intervenciones Quirúrgicas (Sala de Operaciones, Cirugía Menor)
- f. Registros de Endoscopia
- g. Registros de pacientes del Departamento Unidad Oncología.

3. El Portal de Registro de cáncer Perú: Es una herramienta de soporte en la implementación de los Registros de Cáncer, que permite el registro de casos y su análisis, funciona en un entorno de internet. Este aplicativo informático permite obtener como resultado tasas de incidencia y tasas de mortalidad poblacionales a nivel de DISAS, tasas específicas por grupos de edad, por sexo, tasas crudas y tasas estandarizadas ajustadas por edad.
4. Unidad Hospitalaria Notificante (UHN): Es la unidad notificante básica, esta bajo responsabilidad de la Oficina de Epidemiología de los hospitales de mediana y alta complejidad, asimismo en los sub sectores de salud.
5. Instrumentos para la vigilancia epidemiológica de Cáncer: Se utiliza las siguientes herramientas en el siguiente orden:
 - Ficha de notificación epidemiológica: Con 60 variables que deberán ser llenadas por la URC.
 - Portal de registro de cáncer.
6. Actividades del registro de Cáncer:
 - Recolección de los datos.
 - Verificación y codificación de los datos.

- Procesamiento de los datos.
- Control de calidad de la información.
- Análisis y publicación de resultados.
- Investigación Epidemiológica.

7. La intervención de Enfermería en la vigilancia Epidemiológica de cáncer se basa principalmente en :

- Captura de datos.
- Notificación.
- Investigación Epidemiológica.
- Control de calidad.
- Ingreso de ficha en el portal web.
- Análisis de información.

2.2.5. Teorías de enfermería:

NOLA PENDER:

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los

factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se

constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa,

se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de

Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones

- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona; pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la

persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

2.3. Definición de Términos:

- a) Cáncer: Enfermedad en que las células anómalas se dividen sin control y destruyen los tejidos corporales.
- b) Vigilancia Epidemiología: Es entendida como el proceso , a través del cual se realiza la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones en Salud Publica.
- c) URC = unidad de registro de cáncer.
- d) CIE O = Es acrónimo de Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Es una extensión de la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems aplicada al dominio específico de las enfermedades tumorales, y es la codificación estándar para el diagnóstico de neoplasias.
- e) Adeno = glándula.
- f) Condro = Cartilago.
- g) Eritro = glóbulo rojo.
- h) Hemangio = vaso sanguíneo.
- i) Lipo = grasa.
- j) Melano = célula pigmentada.
- k) Mio = células musculares.
- l) Osteo = hueso.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Para la recolección el presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, revisión de historias clínicas, fichas de registro de cáncer, revisión de la base de datos ,en los cuales se recaban datos para realizar la caracterización epidemiológica.

Asimismo , para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevo a cabo las siguientes acciones:

- Se solicito la autorización respectiva a la Jefatura de la Dirección de Epidemiologia de la Dirección Regional de Salud Junín para tener acceso a las historias clínicas de las unidades de registro de cáncer, fichas epidemiológicas de los registros de cáncer y base de datos de la vigilancia epidemiológica de cáncer.
- Recolección de datos: La recolección de datos de la infamación de cáncer lo realizan las unidades de registro de cáncer a través de la fichas epidemiológicas, las mismas que son ingresadas en una base de datos en un sistema on line.

- Elaboración de informe , una vez recolectada la información en las fichas de investigación de los registros de cáncer , se ingresa en una base de datos para la consolidación y análisis.

3.2. Experiencia Profesional:

3.2.1. Recuento de la experiencia profesional:

- Serums: Dirección Regional de Salud Junín del 01 de mayo de 1995 al 30 de abril de 1996
- En el P.S. JUAN PARRA DEL RIEGO desde el 1 de mayo de 1996 hasta el 31 de diciembre de 1996 en el cargo de enfermera cumpliendo funciones preventivo promocionales en los diferentes programas.
- En el P.S. JUSTICIA PAZ Y VIDA desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de julio de 1997 en el cargo de enfermera cumpliendo funciones preventivo promocionales en diferentes programas.
- En el P.S. SAN PEDRO DE SAÑO desde el 1 de agosto de 1997 hasta el 31 de agosto de 1997 en el cargo de enfermera cumpliendo funciones preventivas promocionales en los diferentes programas.
- En el P.S. JUSTICIA PAZ Y VIDA desde el 1 de setiembre de 1997 hasta el 31 de octubre de 1997 en el cargo de

enfermera cumpliendo funciones preventivo promocionales en los diferentes programas.

- En el P.S. HUACRAPUQUIO desde el 1 de enero de 1998 hasta el 30 de noviembre de 1998 en el cargo de enfermera cumpliendo funciones preventivo promocionales en los diferentes programas.
- En El P.S. DE OCOPILLA desde el 1 de diciembre de 1998 hasta el 30 de marzo de 1999 en el cargo de enfermera cumpliendo funciones preventivo promocionales en los diferentes programas.
- En el P.S. SAN FRANCISCO desde el 1 de abril de 1999 hasta el 30 de Octubre del 2002.
- Apoyo En la OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD en diferentes periodos de 1996 hasta 1998.
- En el ACLAS "JUSTICIA PAZ Y VIDA" desde el 01 de noviembre del 2002 hasta el 31 de diciembre del 2003.
- Dirección Regional de Salud Junín OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA desde el 3 de mayo del 2004 al 31 de Diciembre del 2004
- RED DE SALUD ACOBAMBA desde 01/01/2007 hasta el 31/12/2007

- P.S.COYLLOR desde el 22 de Julio al 31 de Diciembre 2008.
- OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD del 01 de Mayo del 2008 al 30 de junio del 2008.
- OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD del 01 de Noviembre del 2009 al 31 de agosto del 2015.
- Nombrada en la OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD del 01 de Abril del 2010 al 31 de Diciembre del 2010 setiembre a la fecha.
- Instituto Particular "Eugenio Paccely" , docencia curso Epidemiología y Crecimiento y desarrollo del 1 de Julio del 2005 al 15 de marzo del 2006.
- Universidad Privada "Los Ángeles " , docencia curso Salud Comunitaria del 1 de Setiembre al 20 de Diciembre del 2006.
- Universidad Privada "Los Ángeles", docencia curso Salud Comunitaria II, Tecnología Educativa en Salud, Dietética, Salud Ocupacional, Salud Mental del 1 de Abril al 26 de Julio del 2007 .
- Universidad Privada "Los Ángeles" , docencia cursos de Planificación de los Servicios de Salud ,Salud Comunitaria ,

Tecnología Educativa en Salud del 1 de setiembre del 2007
– al 31 de Diciembre del 2007.

- Universidad Privada “Los Ángeles”, docencia cursos Introducción a la Enfermería, Salud Comunitaria, Enfermería en Salud ocupacional, Educación en Población durante el primer semestre del 2008.
- Universidad Privada “Los Ángeles” , docencia cursos Enfermería Pediátrica ,Fundamentos de Enfermería , Salud Comunitaria , introducción a La Enfermería semestre 2008-II.

3.2.2. Descripción del área laboral:

- Organización:

La DIRESA Junín es un área administrativa de salud que conduce la salud de la población de la región Junín y epidemiología es una dirección, órgano de línea en la estructura organizacional, que tiene como responsabilidad conducir y desarrollar la vigilancia epidemiología

- Recursos Humanos:

La Dirección de Epidemiología de la DIRESA JUNÍN de acuerdo al cuadro de asignación de personal la Dirección de Epidemiología cuenta con 02 profesionales de Enfermería, 01 técnico Informático y 01 secretaria.

- Infraestructura:

La Dirección de Epidemiología consta de 01 ambiente y equipamiento adecuado en cuanto a materiales de oficina y de escritorio.

3.4. Procesos realizados en el tema del informe:

Experiencia laboral con la que se cuenta en la vigilancia epidemiológica de cáncer en la DIRESA JUNÍN es desde el 2009 a la fecha.

Durante los años que me encuentro como responsable de la vigilancia epidemiológica de Cáncer en la DIRESA JUNÍN, se implementó la vigilancia en las unidades de registro de Cáncer.

Se inició este proceso con las capacitaciones en :

- Definición de caso.
- Talleres de llenado de fichas.
- Talleres de codificación de los casos de cáncer en topografía y morfología.
- Uso de aplicativo para el ingreso de fichas.
- Control de calidad de la información generada.
- Elaboración de boletines y salas de situación de Cáncer.

Luego de realizada la implementación se evaluó las capacitaciones , siendo el producto la información generada por las unidades de registro de cáncer la cual nos permite realizar el informe caracterizando el cáncer en espacio tiempo y persona.

APORTES:

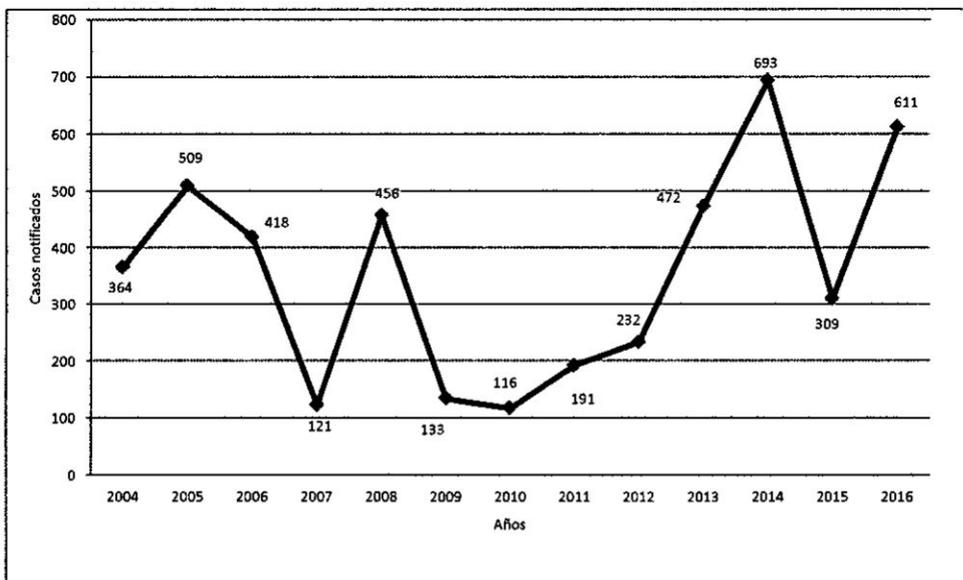
- Implementación de la vigilancia epidemiológica de cáncer en la Región Junín.
- Elaboración de informes caracterizando el daño con las tres variables epidemiológicas espacio tiempo y persona.
- Análisis de determinantes para implementar adecuadamente las intervenciones.

IV. RESULTADOS

Con las intervenciones de Enfermería en la vigilancia epidemiológica de cáncer se puede realizar la caracterización epidemiológica con las tres variables epidemiológicas que son espacio, tiempo y persona. Con la información obtenida se realiza el siguiente análisis:

Para el período 2004 – 2016, la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer notificó en promedio 356 casos nuevos/año, así el número de casos incidentes varió entre 364 (año 2004) y 611 (año 2016). La tendencia de los cánceres notificados muestra una leve tendencia ascendente con un pico el año 2014 (Gráfico 01).

Gráfico Nro. 01: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer según año de diagnóstico. Junín 2004 - 2016



Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica.

En el periodo 2013-2017(mayo) se notificó 2314 casos. Con el 29.95% (693) de casos se notificaron en el 2014. A mayo del 2017 se tiene notificado un 9.9% , observándose que el año 2015 se tiene el porcentaje más bajo de notificación con el 13.35% .

Tabla Nro. 01: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer según año de diagnóstico. Junín 2013 – 2017 (Mayo)

Año de diagnóstico	Frecuencia	%
2013	472	20,40
2014	693	29,95
2015	309	13,35
2016	611	26,40
2017	229	9,90
Total	2314	100

Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica.

La notificación de casos desde el 2013 al 2017 (mayo), es de 26.79% (620 casos) , en hombres y el 73.21% (1694 casos) corresponden a mujeres. (Tabla 02)

Tabla Nro. 02: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer por año de diagnóstico según sexo. Junín 2013 - 2016

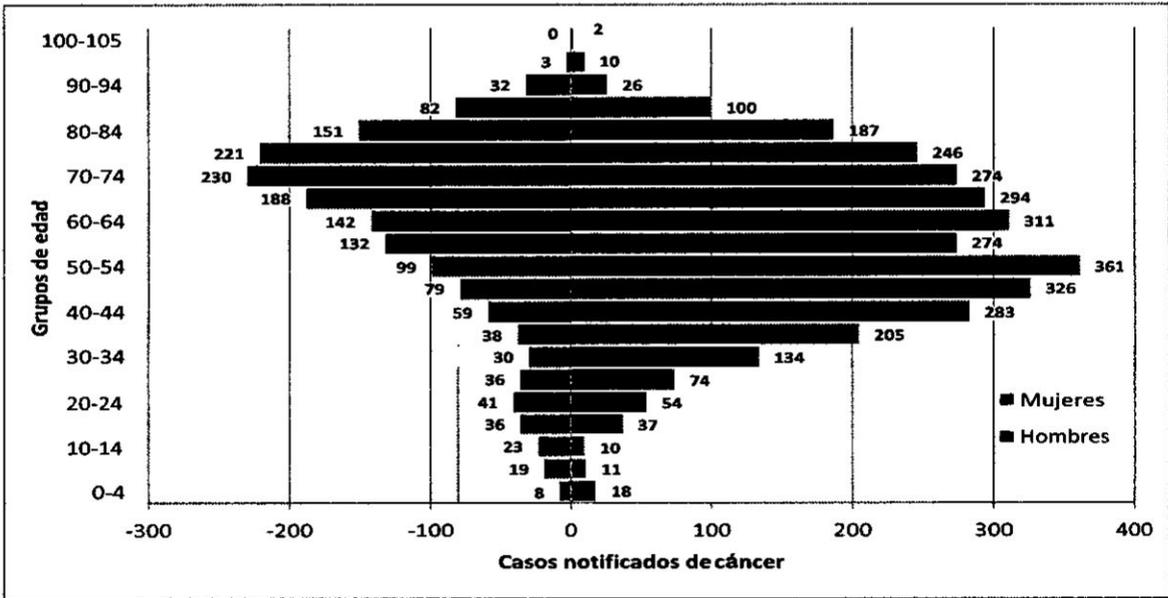
Año de diagnóstico	Mas	%	Fem.	%	TOTAL
2013	106	22,46	366	77,54	472
2014	199	28,72	494	71,28	693
2015	78	25,24	231	74,76	309
2016	176	28,81	435	71,19	611
2017	61	26,64	168	73,36	229
Total genera	620	26,79	1694	73,21	2314

Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica

De los casos de cáncer notificados, el 73.21% correspondieron al sexo femenino y el 26.79% al sexo masculino.

Se observó un incremento de los casos en el sexo femenino a partir de los 50 años de edad presentándose el 11,15% de los casos entre los 50 y 54 años. En el sexo masculino, el incremento se produjo a partir de los 70 años con una mayor frecuencia entre los 70 y 74 años en donde se presentó el 14,03% de los casos. Esto se muestra en el gráfico 01.

Gráfico Nro. 01: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer según grupos de edad y sexo. Junín 2004 - 2016



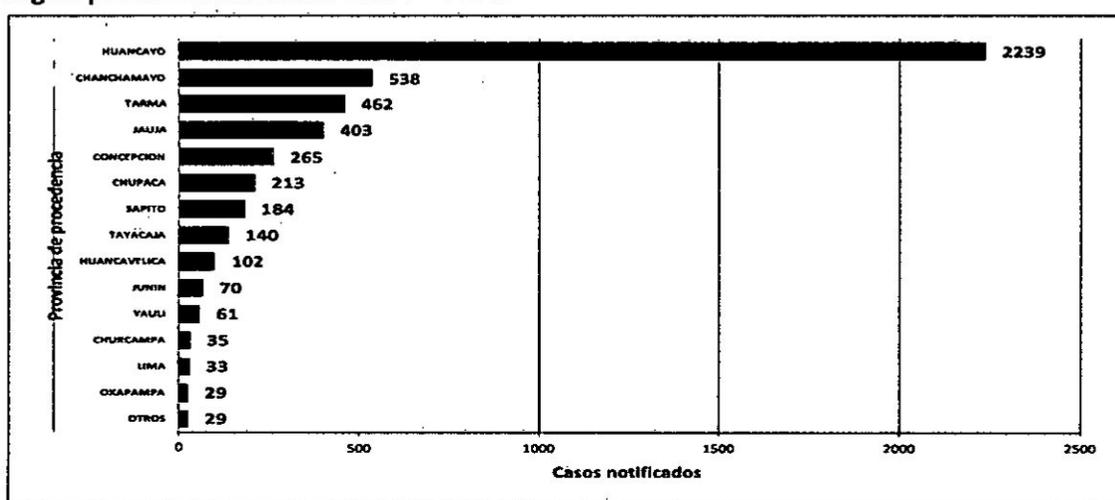
Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica

Los casos notificados en la vigilancia epidemiológica de cáncer proceden de Huancayo con un 48% (2239 casos), seguido de Chanchamayo con un 11.69% (538 casos) , Tarma con el 10% (462 casos) , Jauja con el 8.71% (403 casos) , Concepción 5.73% (265 casos) , Chupaca 4.61% (213 casos) y Sapito con el 3.98(184 casos) , del total de casos notificados. Este resultado tiene mucho que ver con la capacidad de diagnóstico con

las que cuenta en las provincias, notándose que la provincia de Satipo es los menos casos notifica. Grafico 2.

Al analizar el número de casos notificados por las URC, se puede observar que los establecimientos de salud de la Provincia de Huancayo y Concepción son los que notifican el mayor porcentaje de casos con el 59.76% del total de casos notificados. Tabal 3.

Gráfico Nro. 02: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer según procedencia. Junín 2004 – 2016



Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla Nro. 03: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer por unidades de registro de cáncer. Junín 2004 - 2016

Unidades de registro de cáncer	Frecuencia	%
Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásica	920	25,08
H.R.M.Q. Daniel Alcides Carrión	1272	34,68
CS David Guerrero Duarte - Concepción	337	9,19
Hospital de Apoyo la Merced	278	7,58
H.R.D.M.I. El Carmen	537	14,64
Hosp.de Apoyo Feliz Mayorca Soto	216	5,89
Hosp. De Apoyo Manuel Higa Arakaki	74	2,02
Hosp Domingo Olavegoya	34	0,93

Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica

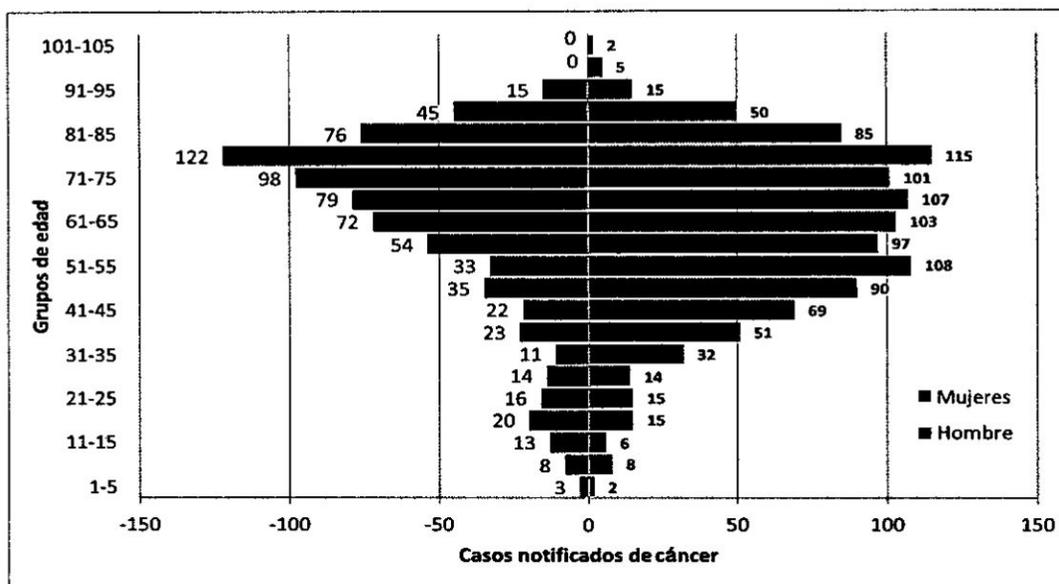
Al analizarse los cánceres por localización topográfica y sexo, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (27.69%), seguido del cáncer de estómago (18.93%) y el cáncer de mama (5.72%). En el sexo masculino predominaron el cáncer de estómago (28.51%), seguido del cáncer de próstata (12.88%) y el cáncer de Hígado (12.03%). En el sexo femenino predominaron el cáncer de cérvix (41.69%), el cáncer de estomago (14.08 y el cáncer de mama (8.46%). Esto se muestra en la tabla 4

Tabla Nro. 04: Casos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer por año de diagnóstico según sexo. Junín 2004 - 2016

Localización	Masculino	Femenino	Total	%
Cérvix		1350	1350	27,69
Estomago	467	456	923	18,93
Mama	5	274	279	5,72
Hígado	197	156	353	7,24
Próstata	211		211	4,33
Pulmón	89	104	193	3,96
Sistema hematopoyético	113	96	209	4,29
Colon	90	73	163	3,34
Páncreas	54	41	95	1,95
Piel	38	57	95	1,95
Riñón	16	21	37	0,76
Cerebro	15	14	29	0,59
Otros	343	596	939	19,26
Total	1638	3238	4876	100,00

Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica

Gráfico Nro. 03: Casos fallecidos notificados por la vigilancia epidemiológica de cáncer según grupos de edad y sexo. Junín 2004 - 2016



Fuente: Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica

Al análisis de las defunciones de cáncer se observa que en las mujeres los fallecimientos ocurren a partir de los 51 años y en varones a partir de los 81 años.

V. CONCLUSIONES

- a) La intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de cáncer nos permite realizar la caracterización epidemiológica utilizando las tres variables epidemiológicas.
- b) Las intervenciones de enfermería en la vigilancia epidemiológica de cáncer se realiza en las unidades de registro de Cáncer.
- c) La vigilancia epidemiológica de cáncer se basa en registros hospitalarios en la unidades de registro de cáncer que tengan capacidad de diagnóstico, ingresando en el sistema solamente casos que tengan confirmación por algún medio de diagnóstico.
- d) Los cánceres más frecuentes de acuerdo a la vigilancia epidemiológica en la Región Junín son los de cérvix, estómago, Hígado mama y próstata.
- e) La provincia de Huancayo y Concepción son las provincias que más casos notifican.
- f) Las provincias de Huancayo y Concepción son las que tiene mayor capacidad de diagnóstico.
- g) Las provincias de la selva son los que notifican el menor número de casos.

VI. RECOMENDACIONES

- a)** Fortalecer en la formación de los profesionales de Enfermería conocimientos de las intervenciones de enfermería en la vigilancia epidemiológica de Cáncer.
- b)** Fortalecer en la formación de los profesionales de Enfermería el uso de las variables epidemiológicas para la caracterización del cáncer.
- c)** Los Profesionales de las unidades de registro de cáncer deben de realizar el análisis de información.
- d)** Se debe realizar la vigilancia epidemiológica de Cáncer en los establecimientos de salud que tengan capacidad de diagnóstico.
- e)** Fortalecer en todos los establecimientos la prevención primaria para todos los tipos de cáncer.

VII. REFERENCIALES

1. FERLAY J SIEMDRSCea. Cancer incidence and Mortality Worldwide:IARC. 2013; 11.
2. SALUD ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content
3. COMISION THE LANCET ONCOLOGY. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol. 2013; 14(1):52).
4. SALUD OMDL. Control del cáncer aplicación de los conocimientos, Guías para desarrollar programas eficaces. Modulo 6. 2007.
5. SALUD OPDL. paho.org. [Online].; 2012 [cited 2017 Julio 22. Available from: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc.
6. SIMÓN S BJBC. Clinical characteristics and outcome of treatment of brazilian women with breast cancer. San Antonio: Breast Cancer ; 2009.
7. RAMOS MUÑOZ WVOD. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CANCER EN EL PERÚ. In. LIMA: ASKHA; 2013. p. 108.
8. DE LA TORRE GÁLVEZ I. Cuidados de enfermeros al paciente oncológico España: Vértice; 2013.

ANEXOS

Instrumentos de la vigilancia epidemiológica de Cáncer.



Resolución Ministerial

Lima, 20 de Julio del 2004



Usando el Expediente Nº 6415743-001, que contiene el OFICIO Nº 1003-0030-002-001-MINSA de la Dirección General de Epidemiología.

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología tiene la responsabilidad de la vigilancia en salud pública y en particular la vigilancia epidemiológica del cáncer, así como la recolección de registros hospitalarios, el cual es el primer paso en la obtención de la información para la realización de estudios de prevalencia de enfermedades, evaluación de riesgos, acciones para el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la atención de medidas de prevención y control de las enfermedades, para dar origen al estudio de la enfermedad en las poblaciones de individuos, instituciones o países.

Que, en este ámbito la Dirección General de Epidemiología en coordinación con el Instituto Coordinador de Estudios de Neoplasias, Dirección de Salud y sus dependencias en el nivel de la ciudad de Lima, se adhieren a la "Directiva Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer - Registros Hospitalarios", que se emite en concordancia con las acciones de la Resolución y el Reglamento de Registro Hospitalario del Cáncer, con el propósito de esta forma a la generación de información, prevención y control de esta enfermedad y a la toma de decisiones por niveles de atención.

Excepcionalmente por la Dirección General de Epidemiología, con la aprobación de la Oficina General de Asesoría Jurídica.

Con la aprobación del Ministerio de Salud.

Se conforma el Comité de Vigilancia del Cáncer de acuerdo al artículo 17 de la Ley Nº 27817, Ley del Registro de Cáncer.



Ministerio de Salud

Dirección General de Epidemiología

**DIRECTIVA SANITARIA Nº 004- MINSADGE-V.01
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER
REGISTROS HOSPITALARIOS**

Indicaciones	Asistencia Inicial <input type="checkbox"/> Ougli <input type="checkbox"/> Ciudad de Guayaquil <input type="checkbox"/> Ninguna	Red de agua <input type="checkbox"/> Red de agua <input type="checkbox"/> No red de agua	Inmuebles <input type="checkbox"/> Inmuebles <input type="checkbox"/> Sin inmuebles	Mediana Nacional <input type="checkbox"/> Mediana Nacional <input type="checkbox"/> Ciudad de Guayaquil y Metropoli de Quito
	Fecha de inicio de Asistencia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de Última Visita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Indicaciones	Estado 1) VCE - Voto con Doble Medida 2) VSC - Voto sin Doble Medida 3) NI - Nulidad 4) PVCE - Pedido de Voto con Doble Medida 5) PVSC - Pedido de Voto sin Doble Medida	Causa de la Muerte 1) Círculo 2) Obituario 3) Informes 4) Accidente 5) Desconocido		
	Lugar de Deceso 1) FICM 2) Metropoli de Quito 3) Cercado 4) Otros 5) Inespecificado	Fecha de Defunción <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Indicaciones	Causa de Muerte (CC - 10) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Código C.E. - 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Ente Registral Competente _____ Afiliación que Controla la Muerte _____ Nombre y Apellidos _____ CNP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datos Adicionales _____		
Indicaciones	Letra Final de Verificación Clase de Caso 0. Muerte de un sujeto que se le otorga el Acta de Registro, de acuerdo a los datos de los familiares. 1. Muerte de un sujeto que fallece en el país por causas de fuerza mayor. 2. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 3. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 4. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 5. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 6. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 7. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 8. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 9. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor. 10. Muerte de un sujeto que fallece en el extranjero por causas de fuerza mayor.			
	Clase de Registro 1. Matrimonio 2. Separación 3. No registro	Condición de Viajero 0. Inespecificado 1. SI 2. Extranjero Regular - Titular 3. Extranjero Regular - Familiar 4. Extranjero Regular - Familiar 5. Extranjero Regular - Familiar 6. Extranjero Regular - Familiar 7. Extranjero Regular - Familiar 8. Extranjero Regular - Familiar 9. Extranjero Regular - Familiar 10. Extranjero Regular - Familiar	Tipo de Entero 0. Por fallecimiento 1. Por fallecimiento 2. Por fallecimiento 3. Por fallecimiento	Clase de Entero 1. Entero 2. Entero 3. Entero 4. Entero 5. Entero 6. Entero 7. Entero 8. Entero 9. Entero 10. Entero

REPORTES DEL SISTEMA DE REGISTRO HOPITALARIO DE CA

Usuario:
 Contraseña:

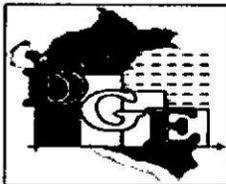


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

[Home](#) [Acerca de](#)

Bienvenido:
 Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer del Perú



Bienvenido estimado usuario al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer del Perú, para continuar con el ingreso al sistema, es necesario que ingrese su nombre de usuario, contraseña y el código de hospital.

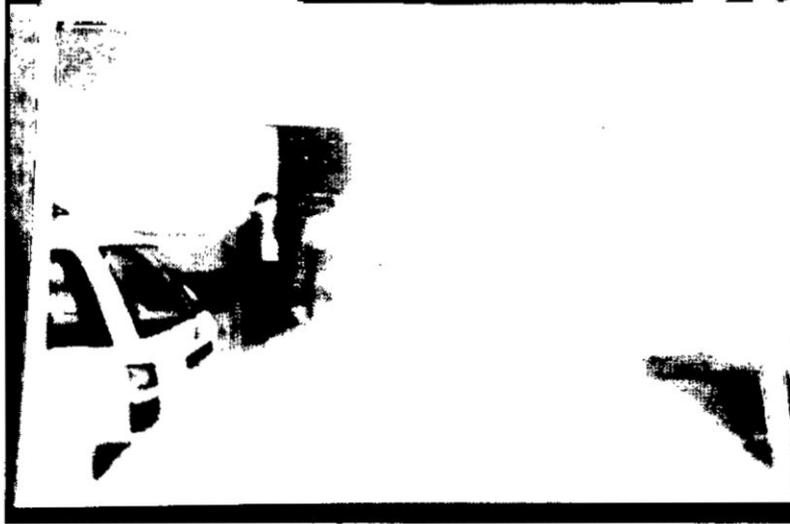


Si tuviera dudas sobre el uso del Portal escribanos a postmaster@dge.sld.pe haga clic en [contáctenos](#).

Usuario:
 Contraseña:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Serums



**Realizando actividades de enfermera
asistencial**





Docencia



Realizando funciones administrativas.



Realizando funciones administrativas.

