

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LOS PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO
DEL 2018**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
CHAMANA MARTINEZ TRILCE LUCERO**

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

ICA – PERÚ

2021

ASESOR

DR. PINTO OBLITAS JOSEPH

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mi maestro de investigación, el Dr. Joseph Pinto quien me ayudó en el proceso de esta investigación y también agradecer al Departamento de Estadística y Epidemiología del gran Hospital Regional de Ica (HRI) por el aporte de los datos solicitados.

DEDICATORIA

Es dirigido a mis queridos padres por el gran sacrificio empleado hacia mí, porque son ellos los promotores de mis sueños, los que siempre confiaron en mí y me dieron los consejos más sabios para seguir adelante enfrentando nuevos rumbos, por qué sin ellos tal vez no hubiera sido posible llegar hasta aquí, por qué gracias a ellos soy lo que soy.

Gracias también a mis hermanos Vladimir y Camila, que con su cariño y amor hacen que siga aquí y quienes son mis motores a seguir adelante.

Y gracias a ti por existir en mi vida.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio se realizó con el fin de poder estimar la prevalencia de Cáncer de Próstata (CaP) y sus características sociodemográficas, clínicas, anatomopatológicas y factores asociados al desenlace en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018.

Materiales y Métodos: este estudio es analítico de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal, en el cual se identificó 66 pacientes con Cáncer de Próstata a través del diagnóstico definitivo (biopsia) en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018. Para el análisis de la información obtenida a través de la ficha de recolección de datos que se obtuvieron de las historias clínicas, se utilizó el programa de SPSS.

Resultados: La prevalencia de CaP en los pacientes atendidos el HRI fue 0,79%, con un promedio de edad de 79 años. La raza predominante fue mestizo 81,8 seguido del afrodescendiente 15,2, el antecedente familiar no fue una característica predominante pero si importante para estos pacientes, el antecedente de prostatitis fue predominante en un 84.9%, en cuanto los antecedentes de alcoholismo y tabaquismo no fueron una característica de mucha importancia en estos pacientes teniendo como resultado 81,8% y 62,1% respectivamente. Al tacto digitorectal se encontro aspecto duro-nodular aislado con un promedio de 66.7% y cuanto a la Escala de Gleason empleada fue correspondiente al de Pobremente diferenciado en un 48,5%. El 81,8% (n=54) fue atendido en el Hospital Regional de Ica y no se observaron casos referidos a otros hospitales, en tanto que el 18.1% (n=12), fue perdido en el seguimiento. La raza, antecedentes familiares, antecedentes de tabaquismo, tacto digitorectal y nivel de PSA estuvieron asociados al desenlace de estos pacientes.

Conclusiones: La prevalencia fue que de cada diez mil personas se encuentra un aproximado de 8 pacientes con diagnóstico de CaP. La edad, raza mestiza,

antecedente familiar, y antecedentes de prostatitis, dosaje PSA, aspecto duro-nodular aislado y biopsia son características importantes en el diagnóstico de CaP. Se pudo observar que la mayoría de los pacientes, siendo el 81.8%, tuvieron atención continua en el Hospital Regional de Ica. Los factores asociados al desenlace de estos pacientes de estos pacientes fueron la raza, antecedentes familiares, antecedentes de tabaquismo, tacto digitorectal y nivel de PSA, siendo su valor de p menor de 0.05.

Palabras claves: Cáncer de Próstata, prevalencia, antígeno prostático, tacto digitorectal, escala de Gleason.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was carried out in order to be able to estimate the prevalence of Prostate Cancer (PCa) and its sociodemographic, clinical, pathological characteristics and factors associated with the outcome in patients treated at the Regional Hospital of Ica during the period of 2018.

Materials and Methods: this study is analytical, observational, retrospective and cross-sectional, in which 66 patients with Prostate Cancer were identified through the definitive diagnosis (biopsy) at the Regional Hospital of Ica during the period of 2018. For the analysis of the information obtained through the data collection form obtained from the medical records, the SPSS program was used.

Results: The prevalence of PCa in patients treated at the HRI was 0.79%, with an average age of 79 years. The predominant race was mestizo 81.8 followed by Afro-descendant 15.2, the family history was not a predominant characteristic but it was important for these patients, the history of prostatitis was predominant in 84.9%, while the history of alcoholism and smoking was not they were a very important characteristic in these patients, resulting in 81.8% and 62.1% respectively. On digital rectal examination, an isolated hard-nodular appearance was found with an average of 66.7% and the Gleason Scale used was corresponding to that of Poorly differentiated in 48.5%. 81.8% (n = 54) were treated at the Ica Regional Hospital and no cases referred to other hospitals were observed, while 18.1% (n = 12) were lost to follow-up. Race, family history, smoking history, digital rectal examination, and PSA level were associated with the outcome of these patients. **Conclusions:** The prevalence was that out of every ten thousand people there are approximately 8 patients with a diagnosis of PCa. Age, mixed race, family history, and history of prostatitis, PSA dosage, isolated hard-nodular appearance, and biopsy are important characteristics in the diagnosis of PCa. It was observed that the majority

of the patients, being 81.8%, had continuous care at the Regional Hospital of Ica. The factors associated with the outcome of these patients of these patients were race, family history, history of smoking, digital rectal examination and level of PSA, with its p value less than 0.05.

Key words: Prostate Cancer, prevalence, prostate antigen, digital rectal examination, Gleason score.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Próstata (CaP) es una neoplasia que evoluciona de manera lenta pero desfavorablemente, por ello es que la experiencia clínica ha hecho que se pueda evidenciar las cifras alarmantes de esta de esta enfermedad acudidas por diagnóstico reciente o complicaciones de esta, donde cada vez es más evidente el aumento de este diagnóstico.

Según la OMS sostiene que CaP ha ido aumentando en el tiempo ya que es una patología con sintomatología inespecífica y que debería ser diagnosticado de manera precoz a través de tamizajes que se encuentran como descritos en los protocolos.

El objetivo de esta investigación determinar la prevalencia, características sociodemográficas, clínicas, anatomopatológicas y una relación entre las variables con el desenlace dignosticados con CaP en el Hospital Regional de Ica (HRI) durante el periodo del 2018.

| | |
|---------------------------------------|----|
| Contenido | |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| DEDICATORIA | 4 |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | 12 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.2.1 PROBLEMA GENERAL | 14 |
| 1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS | 14 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 14 |
| 1.3.1 Justificación teórica: | 14 |
| 1.3.2 Justificación práctica: | 15 |
| 1.3.3 Justificación metodológica: | 15 |
| 1.3.4 Justificación económica social: | 15 |
| 1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA | 15 |
| 1.4.1 Delimitación espacial | 15 |
| 1.4.2 Delimitación temporal | 16 |
| 1.4.3 Delimitación social | 16 |
| 1.4.4 Delimitación conceptual | 16 |
| 1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 16 |
| 1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 16 |
| 1.6.1. OBJETIVO GENERAL | 16 |
| 1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 1.7 PROPÓSITO: | 17 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 17 |
| 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES | 17 |
| 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES | 19 |
| 2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES | 19 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS | 20 |
| 2.3 MARCO CONCEPTUAL | 20 |
| CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES | 28 |

| | |
|--|----|
| 3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS | 28 |
| 3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL: | 28 |
| 3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: | 28 |
| 3.2. VARIABLES: INDICADORES | 28 |
| 3.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES | 29 |
| CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA | 30 |
| 4.1 DISEÑO METODOLÓGICO | 30 |
| 4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 30 |
| 4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 30 |
| 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA | 30 |
| 4.2.1 POBLACIÓN: | 30 |
| 4.2.2 MUESTRA: | 31 |
| 4.3 MEDIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 31 |
| 4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 31 |
| 4.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS | 32 |
| 4.6 ASPECTO ÉTICO | 32 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 33 |
| 4.1 RESULTADOS | 33 |
| 4.2. DISCUSIÓN | 39 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 40 |
| 5.1 CONCLUSIONES | 40 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 40 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| ANEXO | 46 |
| ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 47 |
| ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 53 |
| FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 53 |
| ANEXO 03: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO | 56 |
| ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA | 58 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Prevalencia de Cáncer de Próstata en los pacientes atendidos en el HRI de Ica durante el periodo del 2018 | 32 |
| Tabla 2: Características sociodemográficas en los pacientes con Cáncer de Próstata (n=66) atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 | 33 |
| Tabla 3: Características clínicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 | 34 |
| Tabla 4: Características anatomopatológicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 | 36 |
| Tabla 5: Lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 | 37 |
| Tabla 6: Factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018. | 38 |

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Características clínicas en los pacientes con Cáncer de Próstata (n=66) atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 36

Gráfico 2: Características clínicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 37

Gráfico 3: Características anatomopatológicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 38

Gráfico 4: Lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 39

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de próstata (CaP) es una neoplasia de elevada prevalencia que evoluciona de manera lenta pero desfavorablemente. Al ser de suma importancia se ha conjeturado como un impacto negativo para el sistema de salud pública, siendo es el más frecuente de un punto de vista urológico.⁽¹⁾ Así mismo se ha registrado como el segundo diagnóstico más común de cáncer en varones después del cáncer del pulmón.⁽²⁾

En el 2018, más de 276 mil varones fueron diagnosticados y casi 358 mil fallecieron con CaP a nivel mundial. En áreas como América latina y el caribe (ALC) se registraron ≈190 mil casos y fallecieron alrededor de 53 mil varones.⁽³⁾ Si se sostienen las tendencias actuales, las cifras ascenderán en un 32%, superando el número de casos nuevos para el 2030 por la creciente longevidad de la población en ALC.⁽⁴⁾

En Perú la casuística de CaP fue registrada en un 24,7% seguida del cáncer de estómago y colon rectal. Pues la prevalencia de esta neoplasia ha ido incrementando en el tiempo debido a que la población longeva y la esperanza de vida ha aumentado, asociándose de tal forma que influye en el aumento de factor de riesgo a contribuirlo.⁽²⁾

Solo en lima metropolitana se ha registrado ≈6 mil casos recientes y ≈2mil fallecidos por CaP con un promedio de 48,6 por 100 mil varones y 15.7 por 100 mil varones respectivamente, aumentando las cifras de diagnóstico desde la edad de 40 años y teniendo como pico de detección de diagnóstico los 85 años de edad.⁽⁵⁾

La experiencia clínica ha hecho que pueda evidenciar las cifras alarmantes de esta de esta enfermedad acudidas por diagnóstico reciente o complicaciones de esta, donde cada vez es más evidente el aumento de este diagnóstico y no podemos ser ajeno a ello, ya que justamente es una patología con sintomatología inespecífica y que debería ser diagnosticado de manera precoz a través de tamizajes que se encuentran como descritos en los protocolos.

Por ello es que ampliar los conocimientos de prevalencia se podrán a desarrollar tácticas que ayudaran al control y prevención mediante cambios del estilo de vida y la detección de este carcinoma con su debido tratamiento precoz.⁽⁶⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la prevalencia de cáncer de próstata en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica (HRI) durante el periodo del 2018?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?
- ¿Cuáles son las características clínicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?
- ¿Cuáles son las características anatomopatológicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?
- ¿Cuál fue el lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?
- ¿Cuáles son los factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Justificación teórica:

Estudios los cuales se han realizado en el mundo, describen la gran problemática que los especialistas de Urología, Medicina Interna y Oncología están atravesando al tener el aumento de pacientes con diagnóstico de CaP (debidos al empleo de detección precoz de cáncer) y aún más en los pacientes que se le realiza ya un diagnóstico tardío, ya que para el sistema de salud los tratamientos para estos tienen costos muy elevado.

Considerando que en el mundo y en nuestro país la prevalencia de cáncer de próstata está en aumento debido al incremento y envejecimiento de la población como así también cada vez son mayores los factores de riesgo establecidos para desarrollar esta neoplasia que va generando problemas de salud de gran magnitud. Por ello es que al ampliar los conocimientos de prevalencia sobre esta enfermedad se podrían desarrollar tácticas que ayudaran al control, prevención y más información sobre el desarrollo de esta.

1.3.2 Justificación práctica:

Con este estudio se conoció la prevalencia y factores asociados al desenlace del CaP en el HRI, ya que la tasa de morbimortalidad está ascendiendo y causando situaciones desfavorables para el paciente y su familia. Con esto, llegando a plantear mejores procedimientos e intervenciones terapéuticas de los nuevos pacientes dicho diagnóstico.

1.3.3 Justificación metodológica:

Ésta investigación de tipo analítico abordó el estudio de toda la población durante el periodo establecido empleando una ficha donde se recolectó los datos necesarios para resolver el mencionado problema descrito.

1.3.4 Justificación económica social:

Se realizó con el propósito de conocer la prevalencia y que factores están asociados al desenlace en esta neoplasia en el HRI, ya que se desconocía su casuística, por lo tanto con ello podremos conocer la carga de esta enfermedad y así mismo se pueden plantear mejores intervenciones terapéuticas de los futuros pacientes diagnosticados con CaP.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1 Delimitación espacial

Se realizó en el Hospital Regional de Ica, con categoría III-1, siendo considerada referencia regional con alta capacidad resolutive. Hoy en día el hospital cuenta con la unidad de quimioterapia con personal altamente capacitado para el tratamiento de pacientes con cáncer. A esto se suma la implementación de cirugía oncológica, oncología médica, ginecología oncológica, anestesiólogo en cuidados paliativos y radiólogos especialistas en cáncer.

1.4.2 Delimitación temporal

Se realizó durante el 2018.

1.4.3 Delimitación social

Pacientes con CaP en el lugar y tiempo mencionado

1.4.4 Delimitación conceptual

Este estudio tuvo como contenido temas referentes a las variables de la investigación: Cáncer de Próstata, en el marco teórico se menciona y específica información sobre esta variable, es decir que tanto en la base teórica y marco conceptual tienen como contenido ese tema.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio no representa a toda la población sino a un perfil sociodemográfico y contexto geográfico limitado a una población en específico.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia de cáncer de próstata en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica (HRI) durante el periodo del 2018.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.
- Describir las características clínicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.
- Describir las características anatomopatológicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.
- Describir el lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018
- Determinar factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.

1.7 PROPÓSITO:

La intención de este estudio fue brindar datos sobre prevalencia de CaP en el HRI durante un periodo establecido. Identificando con ello los indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos y factores asociados al desenlace de esta enfermedad, y así facilitando mayor información y cifras vigentes con el fin de

plantear mejores intervenciones terapéuticas de los futuros pacientes diagnosticados con CaP.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Qin Yu *et al.* (2015), efectuaron una investigación en la población australiana utilizando recolección de datos a través de un software de PIAMOD donde pudieron estimar la prevalencia de CaP ajustando los modelos de la incidencia. Los resultados fueron de los datos obtenidos en 1996-2007 donde la cantidad de varones con CaP ascendió de un 59% a 73%, de 38 mil en 2007 a 60 mil -66 mil en 2017.⁽⁷⁾

Jahn *et al.* (2015), realizaron un estudio donde notaron una alta prevalencia de CaP. Se revisaron 19 estudios de CaP en varones de 70 a 79 años donde se detectó que el 36% en pacientes eran caucásicos y 51% en pacientes eran afroamericanos en la autopsia de 6024 varones. En épocas anteriores se daban los diagnósticos cuando ya estaban estadiados en un potencial letal o cuando ya estaban muy avanzados, pues ahora en la época del PSA el diagnóstico de CaP incidente se ha convertido en una enfermedad indolente por ello tiende a ser examinada y a ser biopsiada.⁽⁸⁾

Capocaccia *et al.* (2016), ejecutaron un estudio en la población italiana donde dieron información de la prevalencia y mortalidad de CaP en un área en específico con miras al 2020. Para este estudio se aplicó el método MIAMOD donde se pudo estimar que la prevalencia de CaP ascendía de forma continua hasta un valor de

prevalencia en bruto de 1,2% y las estimaciones a futuro de mortalidad indicaron un descenso, con una tasa homogenizada por edad ≈ 12 por 100 mil en el 2020.⁽⁹⁾

Ondrušová *et al.* (2017), Realizaron un estudio en Eslovaquia para estimar los indicadores epidemiológicos a través del número de casos y mortalidad del CaP en el periodo de 1969-2009 teniendo un porcentaje de aumento continuo de 6,7% del número de casos por año mientras disminuye la tasa de mortalidad en las últimas décadas, de 14,5 / 100 mil en 1980 a 49,0 / 100 mil en 2009 y 9,4 / 100 mil en 1980 a 13,3 / 100,000 en 2009 respectivamente.⁽¹⁰⁾

Dingwei Ye *et al.* (2015), desarrollaron un estudio en China donde el CaP ya es una enfermedad común en oriente, ascendiendo el número de casos en la población urbana y ascendiendo la mortalidad en la población rural. Por ello es que hacen el énfasis en el diagnóstico precoz de este carcinoma para la calidad de supervivencia de los varones con CaP en este país.⁽¹¹⁾

Takahiro Kimura *et al.* (2018), desarrollaron un estudio en Japón donde hallaron que el número de casos de CaP en las poblaciones asiáticas es limitada está aumentando debido a muchos factores siendo el principal el estilo de vida. A pesar de que el CaP es limitada en esta área, pues se encontró que en países como Japón y Corea la prevalencia de CaP es semejante al de la población occidental.⁽¹²⁾

Paula Portela-Pereira *et al.* (2015), indagaron en España sobre la evolución que ha tenido el CaP y es que después de la detección de esta a través del Antígeno Prostático Específico el número de casos de diagnóstico han ido en ascenso mientras la tasa de mortalidad ha descendido. Pues estas nuevas estrategias de diagnóstico abrirán nuevas formas de intervención de esta enfermedad.⁽¹³⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Tourinho Barbosa *et al.* (2016), hicieron un estudio en Brasil y Latino América donde se analizó el estado epidemiológico a través de información emitida por revistas,

organizaciones y sociedades de urología, resultando Brasil ser el país con mayor alta tasa de diagnóstico de CaP y la segunda en mortalidad mientras América Latina tiene la mayor tasa de mortalidad en el continente.⁽¹⁴⁾

2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES

Según el GLOBOCAN2018, en el Perú fueron registrados ≈7500 nuevos casos y ≈2700 números de fallecidos, de tal manera que si se mantienen las tendencias actuales pues se predeciría que la prevalencia en 5 años será ≈16900 casos de CaP.⁽²⁾⁽³⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

Cáncer: Es la multiplicación de células atípicas de un tejido.

Cáncer de Próstata: Es la formación de células neoplásicas en la glándula prostática, siendo una de los cánceres más frecuentes que llevan a la muerte en varones.

Prevalencia: Es la cantidad de casos de la enfermedad sobre la cantidad total de la población durante el periodo establecido.

Factores de riesgo: son las probabilidades de que una enfermedad pueda desarrollarse.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Próstata

Es una estructura glandular con fibras musculares de aproximadamente 20-25g, compuesta por 5 lóbulos y 4 zonas, donde la zona periférica ocupa más del 70% como origen del CaP.⁽¹⁵⁾

Carcinoma Prostático

El CaP es una neoplasia maligna, que con el simple hecho de ser varón y tener más de 50 años los predispone a adquirir este carcinoma.⁽¹⁶⁾

Está claro de que las tasas de CaP se van a modificar de acuerdo a las características sociodemográficas y de acuerdo a la disponibilidad de ayuda diagnóstica que se presente, variando así las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad.⁽¹⁷⁾

Epidemiología

En las últimas décadas se registran que la incidencia y prevalencia de CaP están ascendiendo de manera sorprendente que incluso se hablaría de su triplicación anual, que no solo se debe a la longevidad de la población si no que la explicación de este incremento también se estaría dando por la incorporación de métodos diagnósticos como el PSA que hace que se detecte esta enfermedad de manera más precoz y con esto se vea aumentado el número de casos al margen de los pacientes que tienen predisposición por tener factores de riesgo asociados como raza, antecedentes familiares, etc.

Por ello es que hoy en día, el CaP ha generado un gran problema para el sistema de salud registrándose dentro de las causas más importantes de morbilidad-mortalidades en el mundo, donde anualmente son diagnosticados alrededor 1,6 millones varones, siendo registrado dentro de los cinco neoplasias más importantes para el sistema de salud.⁽¹⁸⁾

La tasa de morbi-mortalidad de CaP está en ascenso, pues en USA se estima que se confirmarían ≈ 174 mil casos y se producirán ≈ 31 mil fallecimientos a causa de esta enfermedad.⁽¹⁹⁾

Pues esto indica que 1 de cada 9 varones confirmara su diagnóstico de CaP a lo largo de su vida.⁽²⁰⁾

Factores de riesgo

Estos hacen que las posibilidades de poder desarrollar CaP aumenten en los varones a lo largo de su vida, como pueden ser:

Edad: Este es el factor más asociado a contribuir CaP, ya que después de los 65ª es donde se diagnostica el mayor número de casos.⁽²¹⁾

Antecedente familiar: Es un indicador suplente a la susceptibilidad de la genética, ya que al tener parientes de 1º grado con CaP lo predispone a adquirir este carcinoma.⁽²²⁾

Raza: es un factor importante ya que genómicamente está más asociado a la población afrodescendiente más que a la población caucásica o asiática.⁽²³⁾

Alcoholismo: es un factor que no está muy asociado a la contribución de nuevos casos CaP pero si está asociado a que este carcinoma tenga un aevolucion mayor con el tiempo.⁽²⁴⁾

Tabaquismo: factor altamente asociado a CaP y potencialmente asociado a su pronóstico.⁽²⁵⁾

Signos y síntomas

Síntomas: los síntomas pueden ser muy inespecíficos pero puede ir presentándose mientras la enfermedad avance, como en caso de que haya metástasis pues el paciente puede presentar:⁽²¹⁾

Dolor óseo

Pérdida de peso

Fatiga

Anemia

Clasificación: Se realiza ésta a través de la denominación TNM, donde se representa como T(tumor), N(nódulo) y M(metástasis).

Prostate cancer TNM staging AJCC UICC 8th edition

Primary tumor (T)

Clinical T (cT)

T category

T criteria

TX

Primary tumor cannot be assessed

T0

No evidence of primary tumor

T1

Clinically inapparent tumor that is not palpable

T1a

Tumor incidental histologic finding in 5% or less of tissue resected

T1b

Tumor incidental histologic finding in more than 5% of tissue resected

T1c

Tumor identified by needle biopsy found in one or both sides, but not palpable

T2

Tumor is palpable and confined within prostate

T2a

Tumor involves one-half of one side or less

T2b

Tumor involves more than one-half of one side but not both sides

T2c

Tumor involves both sides

T3

Extraprostatic tumor that is not fixed or does not invade adjacent structures

T3a

Extraprostatic extension (unilateral or bilateral)

T3b

Tumor invades seminal vesicle(s)

T4

Tumor is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles such as external sphincter, rectum, bladder, levator muscles, and/or pelvic wall

Pathological T (pT)

T category

T2

T3

T3a

T3b

T4

T criteria

Organ confined

Extraprostatic extension

Extraprostatic extension (unilateral or bilateral) or microscopic invasion of bladder neck

Tumor invades seminal vesicle(s)

Tumor is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles such as external sphincter, rectum, bladder, levator muscles, and/or pelvic wall

NOTE: There is no pathological T1 classification.

NOTE: Positive surgical margin should be indicated by an R1 descriptor, indicating residual microscopic disease.

Regional lymph nodes (N)

N category

NX

N0

N1

Distant metastasis (M)

M category

M0

M1

M1a

M1b

M1c

N criteria

Regional nodes were not assessed

No positive regional nodes

Metastases in regional node(s)

M criteria

No distant metastasis

Distant metastasis

Nonregional lymph node(s)

Bone(s)

Other site(s) with or without bone disease

*Etapas TNM del cáncer de próstata AJCC UICC 8a edición⁽²⁶⁾

Métodos de diagnóstico

Clásicamente el trió que lleva al diagnóstico de CaP se basa en datos clínicos (historia clínica y tacto rectal (TR)), datos de laboratorio (antígeno prostático específico (APE)) y datos imagenológicos (ecografía transrectal (ETR)). Pero quien nos da la certeza del diagnóstico final es la biopsia ecodirigida. ⁽²⁷⁾

Tacto rectal: Pues este es un examen clínico digital, ya que básicamente se experimenta introduciendo el dedo índice a través del ano del paciente. Hace muchos años, antes de que apareciera el APE, el examen clínico (TR) había sido el

instrumento para diagnosticar CaP, sin embargo, se limitaba en sensibilidad ya que muchas de las neoplasias no eran totalmente palpables. Para los expertos en la especialidad, el TR es de suma importancia para descubrir de manera temprana el CaP, pues al encontrarse en zona periférica habría la posibilidad de describir sus características.⁽²⁰⁾

Antígeno Prostático Específico:

Es un examen de laboratorio donde se lleva a cabo el análisis de sangre para la detección de ésta. Pues en la actualidad los casos de CaP han ido en ascenso y esto se debe a la introducción de este tamizaje al diagnóstico temprano y con esto también se ha podido variar las tasas de mortalidad de CaP por consecuencia de la detección.⁽²⁸⁾

Sabiendo que el PSA >4 es patológico, tendríamos que saber que:

PSA 4-7ng/ml: se podría dar indicios de un CaP u otras patologías benignas que eleven de manera transitoria el PSA como; tacto rectal, cistoscopia, hiperplasia benigna de próstata, eyaculación, trauma perineal, infarto de próstata, etc. Luego a la semana se repite el examen y perdura el PSA elevado, se sospecha de cáncer de próstata, y se realiza biopsia ecodirigida.⁽²⁹⁾

PSA>7ng/ml: alta sospecha de cáncer y se indica biopsia ecodirigida.⁽²⁹⁾

Ecografía transrectal:

Es un examen de imagen que nos ayuda a identificar tumores que no son detectados a través del TR, por tanto son de mucha ayuda pero no es confiable. Por tanto es un examen que si nos llevaría a obtener biopsias dirigidas.⁽³⁰⁾

Biopsia: Es el examen definitivo para el diagnóstico de CaP en el mundo, que en conjunto con la ETR obtienen mejor la muestra de 10-12 núcleos del tejido prostático

previo a esto se recomienda antibióticos orales con el fin de provocar infecciones postbiopsia.⁽³¹⁾

Una vez detectado el CaP se realiza la identificación de puntuación de Gleason:⁽³²⁾

Patrón 1: lesión nodular circunscrita en la glándula con escaso, bien diferenciadas y de tamaño moderado, no se observa infiltración.⁽³²⁾

Patrón 2: las glándulas pueden presentar tamaños variables y con aumento ligero de estroma.⁽³²⁾

Patrón 3: siendo uno de los más comunes, existen glándulas cancerígenas discretas y distintas pero de tamaño pequeño pero variables e infiltran a otras glándulas no neoplásicas.⁽³²⁾

Patrón 4: fusión de glándulas e irregulares con células con abundante citoplasma, infiltración del estroma se extiende a glándulas normales.⁽³²⁾

Patrón 5: el tumor se infiltra, y no se parecía formación de glándulas.⁽³²⁾

| Sistema Gleason modificado de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (ISUP) | | |
|---|-----------------------|--|
| Grado ISUP | Puntuación de Gleason | Definición |
| 1 | 2-6 | -Solo glándulas individuales, discretas y bien formadas. |
| 2 | 3+4=7 | -Predominantemente glándulas bien formadas con un menor componente de glándulas cribiformes, fusionadas o pobremente formadas. |
| 3 | 4+3=7 | -Predominantemente glándulas cribiformes, fusionadas y mal formadas con un menor componente de glándulas bien formadas. |
| 4 | 4+4=8 3+5=8 | -Solo glándulas cribiformes, mal formadas, fusionadas. -Predominantemente glándulas bien formadas y un menor componente sin glándulas o con necrosis. |
| | 5+3=8 | -Predominantemente ausencia de diferenciación glandular o necrosis y un menor componente de glándulas bien formadas. |
| 5 | 9-10 | -Ausencia de diferenciación glandular o necrosis con o sin glándulas cribiformes, mal formadas o fusionadas. |

***puntuación de Gleason⁽³²⁾**

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL:

De acuerdo a su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no conté con la formulación de ésta.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

HIPÓTESIS ESPECÍFICA # 1: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no conté con la formulación de éstas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA # 2: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no conté con la formulación de éstas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA # 3: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no conté con la formulación de éstas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA # 4: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no conté con la formulación de éstas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA #5:

H1: Existen factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.

3.2. VARIABLES: INDICADORES

Variable principal

Cáncer de Próstata

Variables secundarias:

Edad

Antecedentes familiares (grado de parentesco)

Raza

Prostatitis

Tabaquismo

Alcoholismo

Examen digito rectal

Antígeno prostático Específico

Score de Gleason

3.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Cáncer de Próstata: Es la formación de células neoplásicas en la glándula prostática, siendo una de los canceres más frecuentes que llevan a la muerte en varones.

Edad: Transcurso del tiempo que se mide en años.

Antecedente familiar: Registro del árbol genealógico.

Raza: grupo de personas cuyos rasgos fenotípicos se perpetúan por herencia.

Tabaquismo: Intoxicación que se da de manera aguda o crónica por un consumo excesivo de tabaco.

Alcoholismo: Enfermedad que es afectada por el consumo desmesurado de alcohol.

Prostatitis: Inflamación generada de la glándula prostática.

Antígeno prostático específico: Glucoproteína sintetizada por la glándula próstata y que tiene como funciona como disolvente del coágulo seminal.

Biopsia: Examen de laboratorio microscópico que se realiza de un tejido que se extrae de un ser viviente.

Score de Gleason: Puntuación que mide agresividad según características microscópicas que se obtiene por biopsia.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Podemos tener en cuenta que, se consideró analítico debido a que estudia asociación entre variables. Se consideró transversal debido a las medidas aplicadas para la variable. Se consideró retrospectivo, ya que se obtuvieron datos pasados (2018). Se consideró observacional, debido a que el rol como investigador no intervino en el control de las variables.

4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de carácter correlacional ya que determinó la prevalencia y buscó una relación entre las variables con el desenlace del paciente con CaP a través de las HC de aquellos pacientes atendidos en el HRI durante el 2018.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN: Involucró el total los pacientes varones atendidos en el HRI durante el periodo del 2018 (N=13,718)

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se tuvo que incluir a la cantidad total de los pacientes varones atendidos en el HRI durante el 2018.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes en las que sus historias clínicas no contenían los datos correspondientes en la ficha realizada de recolección de datos.

4.2.2 MUESTRA:

Debido a la naturaleza del estudio que involucra a toda la población pues no se estimó tamaño de muestra, se incluyó al total de los pacientes diagnosticados con CaP en el tiempo mencionado.

MUESTREO

Debido al diseño que involucra no se efectuó un muestreo.

4.3 MEDIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó datos obtenidos en los servicios de estadística y epidemiología del HRI durante el periodo del 2018, de los pacientes diagnosticados con CaP, donde se confeccionó una ficha en donde se recolectó los datos de cada paciente como instrumento que nos ayudó a la recopilación requerida de datos, que luego se realizó el llenado de las mismas mediante la revisión de HC como análisis de contenido.

4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se confeccionó una ficha en donde se recolectó los datos de cada paciente como instrumento para la recopilación requerida, para ello se entregó una solicitud al HRI para poder obtener dichos datos a través de los servicios de Estadística y Epidemiología durante el 2018 de los pacientes diagnosticados con CaP, luego se

realizó el llenado de las mismas mediante la revisión HC como análisis de contenido en la ficha confeccionada para poder ser codificada a la base de datos creada en Microsoft Excel, luego los resultados de estos mismos datos se exportó a un formato SPSS, en el cual se hicieron los análisis estadísticos.

4.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Este esquema se desarrolló teniendo en cuenta los tipos de variables descriptivos, donde en las cuantitativas (edad) se estimó medidas de dos maneras, siendo estas las de tendencia central comprendidas por la media y mediana y medidas de dispersión comprendida por la desviación estándar y para las variables cualitativas (Antecedentes familiares, raza, prostatitis, tabaquismo, alcoholismo, tacto rectal, antígeno prostático y biopsia) se estimó la distribución por frecuencias. Y para la determinación de los factores asociados al desenlace se empleará Fisher's.

4.6 ASPECTO ÉTICO

Este estudio fue aprobado por un comité de ética convocado por la UPSJB, también fue aprobado por el Hospital Regional de Ica ya que los datos requeridos para el desarrollo de esta investigación fueron de dicho lugar.

No se contó con la petición de un consentimiento informado ya que en la investigación no tubo interacción de forma personal, así mismo este estudio tiene algunos datos como nombres y apellidos de manera anónima, por tanto no se mantuvo contacto con el paciente ni con sus familiares, cumpliendo así con las medidas mencionadas en la declaración de Helsinki.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla 1: Prevalencia de Cáncer de Próstata en los pacientes atendidos en el HRI de Ica durante el periodo del 2018

$$\text{Prevalencia Ca Próstata} = \frac{\text{Casos de Ca de Próstata (periodo 2018)}}{\text{Total de pacientes atendidos (periodo 2018)}} \times 1000$$

$$\text{Prevalencia Ca Próstata} = \frac{66}{13718} \times 1000$$

$$\text{Prevalencia Ca Próstata} = 4.8 \text{ x cada mil pacientes atendidos}$$

Interpretación: La prevalencia de Cáncer de Próstata en los pacientes atendidos el HRI fue (66/13718) 4.8%. Es decir que por cada mil personas se encuentra un aproximado de 5 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata.

Tabla 2: Características sociodemográficas en los pacientes con Cáncer de Próstata (n=66) atendidos en el HRI durante el periodo del 2018

| CARACTERISTICAS | N | % |
|------------------------------------|----|-------------------|
| Edad | | |
| Promedio (\pm DE) | | 79.1(\pm 7.70) |
| Raza | | |
| Mestizo | 54 | 81,8 |
| Afrodescendiente | 10 | 15,2 |
| Caucásico | 2 | 3,0 |
| Antecedentes familiares | | |
| Familiar de 1ºgrado | 13 | 19,7 |
| Familiar 2ºgrado o más | 15 | 22,7 |
| Ninguno | 38 | 57,6 |
| Antecedentes de prostatitis | | |
| Si | 56 | 84,9 |
| No | 10 | 15,1 |
| Antecedente de alcoholismo | | |
| Si | 12 | 18,2 |
| No | 54 | 81,8 |
| Antecedente de tabaquismo | | |
| Si | 25 | 37,9 |
| No | 41 | 62,1 |

Fuente: Historias clínicas del HRI

Interpretación: Se observó que, la edad estuvo comprometida entre 61 a 91 años con un promedio de 79,1 (\pm 7.70) en los pacientes con diagnóstico de CaP. En cuanto a la raza predominante fue mestizo 81,8 seguido del afrodescendiente 15,2, el antecedente familiar no fue una característica predominante pero si importante para estos pacientes, el antecedente de prostatitis fue predominante en un 84.9%, en cuanto los antecedentes de alcoholismo y tabaquismo no fueron una característica de mucha importancia en estos pacientes teniendo como resultado 81,8% y 62,1% respectivamente.

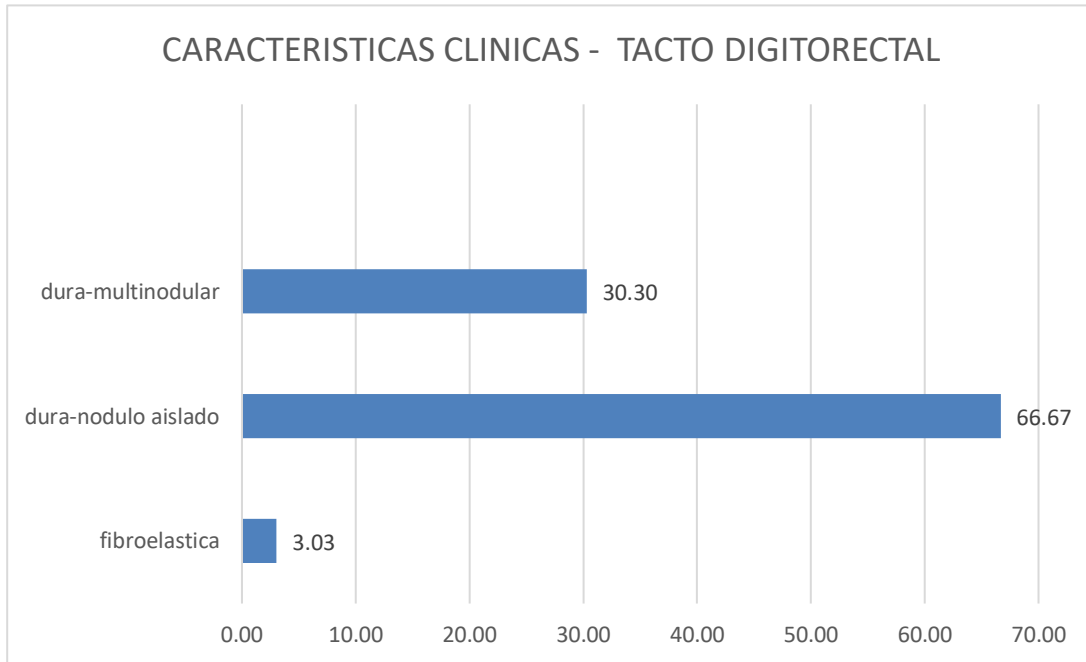
Tabla 3: Características clínicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018

| CARACTERISTICAS | N° | % |
|---------------------------------------|----|------|
| Tacto digitorectal | | |
| fibroelastica | 2 | 3.0 |
| dura-nódulo aislado | 44 | 66.7 |
| dura-multinodular | 20 | 30.3 |
| Antígeno prostático específico | | |
| <10 ng/ml | 2 | 3.0 |
| 10-20 ng/ml | 6 | 9.1 |
| >20 ng/ml | 58 | 87.9 |

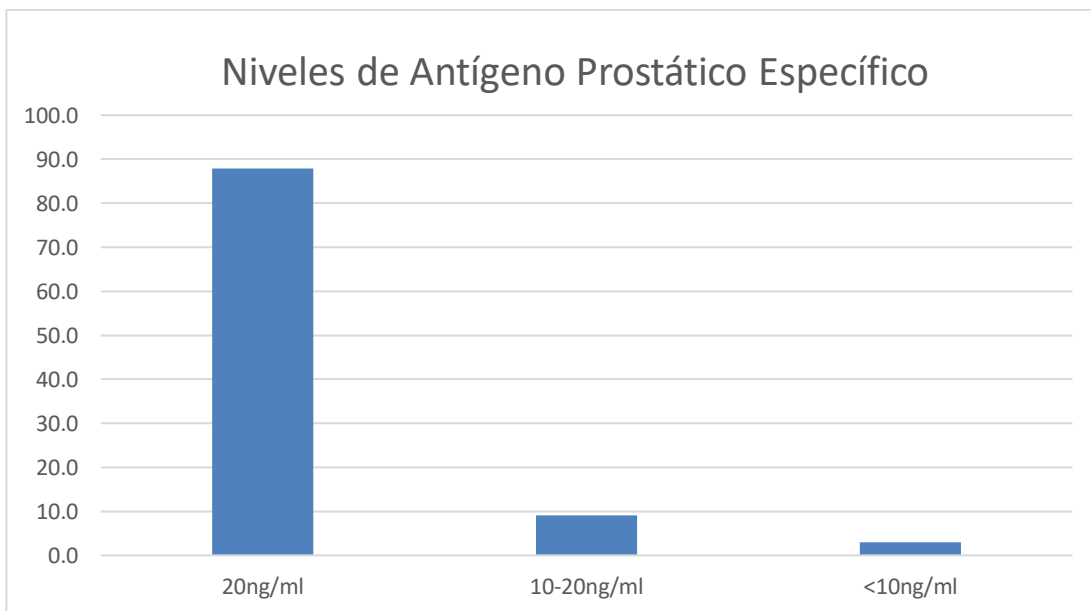
Fuente: Historias clínicas del HRI

Interpretación: Según el estudio se observó que la característica que predominó en estos pacientes tuvo un aspecto duro-nodular aislado con un promedio de 66.7% seguido del multinodular en 30.3%. En cuanto al Antígeno prostático específico fue que el 87.9% de pacientes con este diagnóstico obtuvo en su dosaje mas de 20 ng/ml.

Ilustración 1: Características clínicas en los pacientes con Cáncer de Próstata (n=66) atendidos en el HRI durante el periodo del 2018



Fuente: Historias clínicas del HR



Fuente: Historias clínicas del HRI

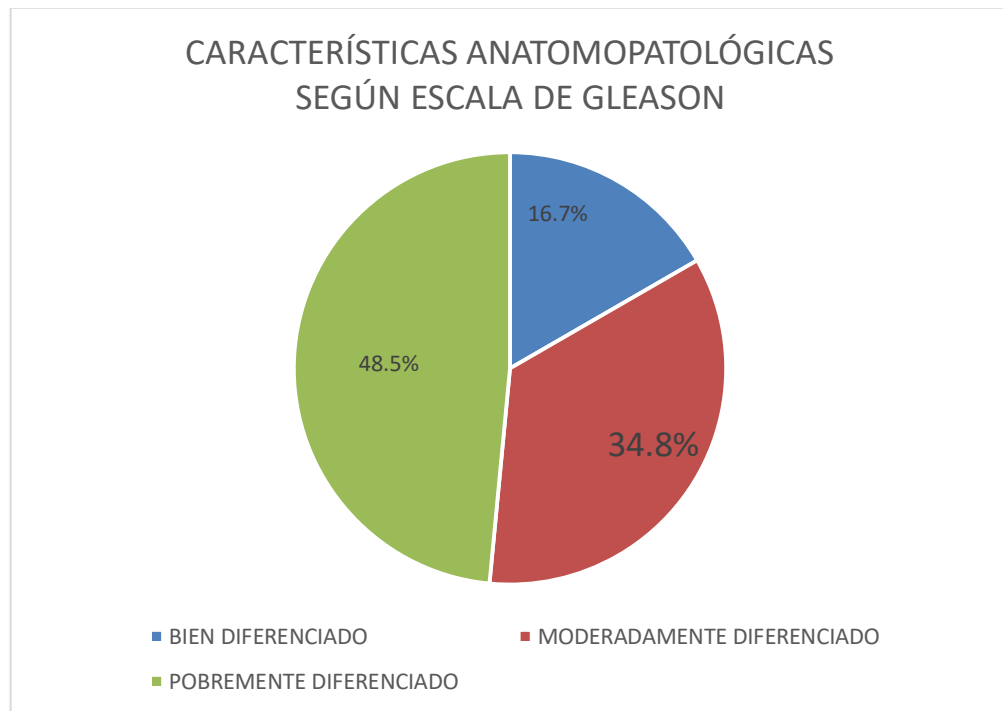
Tabla 4: Características anatomopatológicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018

| CARACTERISTICAS | N° | % |
|----------------------------------|----|------|
| Escala de Gleason | | |
| Bien diferenciado (2-4) | 11 | 16.7 |
| Moderadamente diferenciado (5-6) | 23 | 34.8 |
| Pobrememente diferenciado (7-10) | 32 | 48.5 |

Fuente: Historias clínicas del HRI

Interpretación: en cuanto a la Escala de Gleason empleada en este estudio se encontró que la característica de mayor importancia encontrados en estos pacientes fue correspondiente al de Pobrememente diferenciado en un 48,5%.

Ilustración 3: Características anatomopatológicas en los pacientes con Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018



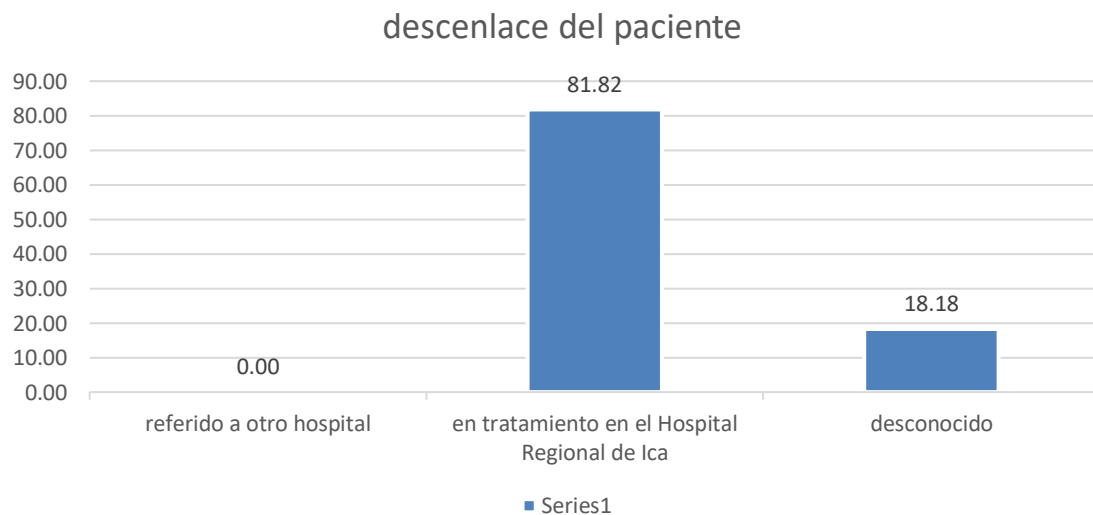
Fuente: Historias clínicas del HRI

Tabla 5: Lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018

| CARACTERÍSTICA | N° | % |
|---|----|------|
| Lugar | | |
| Referido a otro hospital | 0 | 0.0 |
| en tratamiento en el Hospital Regional de Ica | 54 | 81.8 |
| desconocido | 12 | 18.2 |

Interpretación: Todos los casos fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica y no se observaron casos referidos a otros hospitales. El 81,8% (n=54) de los pacientes recibió tratamiento en el mismo Hospital Regional de Ica, en tanto que el 18.1% (n=12), fue perdido en el seguimiento.

Ilustración 3: Lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018



Fuente: Historias clínicas del HRI

Tabla 6: Factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.

| FACTORES | | BIOPSIA | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|
| SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS | | Bien diferenciado | | Moderadamente dif | | Pobremente dife | | Total | |
| | | N' | % | N' | % | N' | % | N' | % |
| Edad | <70a | 1 | 1.7 | 2 | 3.5 | 7 | 4.8 | 10 | 15.15 |
| | >70a | 10 | 9.3 | 21 | 19.5 | 25 | 27.2 | 56 | 84.85 |
| | Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 |
| Valor p = 0.475 | | | | | | | | | |
| Raza | Blanco | 0 | 0.0 | 2 | 8.7 | 0 | 0 | 2 | 3.03 |
| | Mestizo | 11 | 100.0 | 21 | 91.3 | 22 | 68.92 | 54 | 81.82 |
| | Afrodescendiente | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 10 | 31.25 | 10 | 15.15 |
| Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0.002 | | | | | | | | | |
| Antecedentes Familiares | familiar de 1 grado | 1 | 9.09 | 3 | 13.04 | 11 | 34.38 | 15 | 22.73 |
| | familiar >2 Grado | 2 | 18.18 | 3 | 13.04 | 10 | 31.25 | 15 | 22.73 |
| | ninguno | 8 | 72.73 | 17 | 73.91 | 11 | 34.38 | 36 | 54.55 |
| Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0.034 | | | | | | | | | |
| Antecedente de prostatitis | Si | 7 | 63.7 | 20 | 86.96 | 29 | 90.63 | 56 | 84.85 |
| | No | 4 | 36.4 | 3 | 13.04 | 3 | 9.38 | 10 | 15.15 |
| Total | 11 | 100.0 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0,069 | | | | | | | | | |
| Antecedente de alcoholismo | Si | 1 | 9.1 | 6 | 26.09 | 6 | 18.75 | 13 | 19.7 |
| | No | 10 | 91.9 | 17 | 73.91 | 26 | 81.25 | 53 | 80.3 |
| Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0,503 | | | | | | | | | |
| Antecedente de tabaquismo | Si | 1 | 9.1 | 6 | 26.09 | 18 | 56.25 | 25 | 37.82 |
| | No | 10 | 90.9 | 17 | 73.91 | 14 | 43.75 | 41 | 62.12 |
| Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0,009 | | | | | | | | | |
| Tacto Digitorectal | Dura-nodular aislada | 9 | 81.8 | 22 | 95.65 | 13 | 40.63 | 44 | 66.67 |
| | Dura-multinodular | 0 | 0.0 | 1 | 4.35 | 19 | 59.38 | 20 | 30.3 |
| | Fibroelastica | 2 | 18.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.03 |
| Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0,01 | | | | | | | | | |
| Antígeno Prostatico Específico | <10-20ng/ml | 2 | 18.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.03 |
| | 10-20ng/ml | 6 | 55.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 9.09 |
| | >20ng/ml | 3 | 27.3 | 23 | 100 | 32 | 100 | 58 | 87.88 |
| Total | 11 | 100 | 23 | 100 | 32 | 100 | 66 | 100 | |
| Valor p = 0,01 | | | | | | | | | |

Fuente: Historias clínicas del HRI

Interpretación: De acuerdo al estudio se determina que ciertos factores sociodemográficos y clínicos como la raza, antecedentes familiares, antecedentes de tabaquismo, tacto digitorectal y nivel PSA están asociados significativamente al desenlace de estos pacientes siendo su valor de p menor de 0.05.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio nos revelan que existe un número de casos acorde con distintas investigaciones realizadas, es decir 80 casos diagnosticados por cada 100000 habitantes. En cuanto a las características sociodemográficas, el grupo estareo, comprometida dentro de los 61 a 91 años, tuvo como prevalencia en mayores de 70 años, encontramos que la raza mas prevalente en este estudio fue mestiza en un 80% seguido de la raza afrodescendiente, en cuanto a los antecedentes de estos pacientes se vio que: los antecedentes familiares en estos pacientes no fue una característica importante, siendo 15 personas diagnosticados con antecedentes de familiares >2°grado, el antecedente de prostatitis obtuvo la frecuencia más alta en estos pacientes siendo la característica más importante, en cuanto a los antecedentes de alcoholismo y tabaquismo no fue una característica importante en estos pacientes.

Referente a las características clínicas, el aspecto duro-nodular aislado fue la característica más prevalente encontrada en estos pacientes al realizarles tacto digitorectal y en cuanto al PSA dosado en estos pacientes fue que más del 50% de ellos tuvo más de 100ng/ml en el diagnóstico.

Según la escala de Gleason empleada para este estudio, donde mide grados de diferenciación según un patrón histológico por biopsia, encontramos que el grado de “pobremente diferenciado” encabeza la tabla con un 48.5% correspondiente a 32 pacientes. En lo que refiere al destino de los pacientes con CaP post diagnostico se vio que la mayoría tuvo un tratamiento continuo en el Hospital Regional de Ica, siendo positivo esto para dicha institución, ya que tubo la continuidad de estos pacientes. Referente a los factores que estuvieron asociados al desenlace de estos pacientes se determinó que si existen y fueron la raza, antecedentes familiares, antecedentes de tabaquismo, tacto digitorectal y nivel PSA.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La prevalencia de pacientes atendidos con el diagnóstico de CaP fue de 5 personas por cada 1000 habitantes durante el años 2018.
2. la edad de dicha población afectada estuvo comprendida fue de 61 a 91 años con un promedio de 79 años, predominando la raza mestiza 81,8% seguido del afrodescendiente 15,2, el antecedente familiar no fue una característica predominante para estos pacientes, el antecedente de prostatitis fue un factor predominante en un 84.9%, en cuanto los antecedentes de alcoholismo y tabaquismo no fueron una característica de mucha importancia en estos pacientes teniendo como resultado 81,8% y 62,1% respectivamente.
3. En lo referente a la clínica se observó que el aspecto duro-nodular aislado fue la característica más hallado mediante el diagnóstico del tacto digito rectal en un 66.7% y que el PSA fue una característica clínica muy importante ya que aproximadamente el 88% tuvo más de 20 ng/ml en el dosaje, siendo de suma importancia en estos pacientes con CaP.
4. De acuerdo al grado de diferenciación de células por biopsia de la glándula prostática, según la Escala de Gleason se demostró que en estos pacientes fue el de pobremente diferenciado en un 48.5%.
5. De acuerdo al lugar donde terminaron los pacientes se pudo observar que la mayoría de los pacientes, siendo el 81.8%, tuvieron atención continua en el Hospital Regional de Ica y ningún paciente fue referido a otros hospitales, lo

que significa que viene siendo una institución con buena estrategia y buen tratamiento en estos pacientes con CaP.

6. En cuanto a los factores asociados al desenlace de estos pacientes, se determina que los factores sociodemográficos y clínicos como la raza, antecedentes familiares, antecedentes de tabaquismo, tacto digitorectal y nivel PSA están asociados significativamente al desenlace de estos pacientes siendo su valor de p menor de 0.05.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Teniendo como objetivo de este estudio de la prevalencia de CaP se recomienda fortalecer estrategias de prevención e información, aumentar la adherencia a las pruebas de detección y con ello monitorizar y contribuir con su respectivo tratamiento a tiempo mejorando así la calidad de vida de estos pacientes.
2. Se recomienda al personal de salud tener en cuenta la edad, raza, antecedente de prostatitis y el grado familiar ya que son características sociodemográficas importantes que aportan al diagnóstico clínico temprano del CaP.
3. Se recomienda tener en cuenta que el diagnóstico clínico ya que el tacto digitorectal y dosaje de PSA, según su consistencia y el valor numérico respectivamente, están asociados al diagnóstico de CaP. Por ello es que realizar los métodos diagnósticos de detección temprana contribuye a la reducción del diagnóstico de CaP en etapas avanzadas.
4. Al saber que la biopsia es el método diagnóstico de elección en esta enfermedad, se recomienda la toma de muestra lo más temprano posible para la decisión inmediata sobre el tratamiento y con ello contribuir con la calidad de vida del paciente con CaP.
5. Se recomienda seguir proponiendo nuevas estrategias para captar a la población completa con CaP para proporcionar un mejor tratamiento y nuevas oportunidades, mejorando con ello la calidad de vida de estos pacientes.
6. Se recomienda al personal de salud que labora en esta área, enfatizar en los factores asociados al desenlace de estos pacientes en el estudio, ya que con

ellos nos ayudará a intervenir de manera oportuna, ayudando así de manera positiva en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bashir MN. Epidemiology of Prostate Cancer. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 23];16(13):5137–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26225642>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68(6):394–424.
3. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. Vol. 144, International Journal of Cancer. Wiley-Liss Inc.; 2019. p. 1941–53.
4. OPS/OMS | Programa de Cáncer [Internet]. [cited 2019 Sep 4]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es
5. » Registro de Cáncer en Lima Metropolitana Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [cited 2019 Sep 17]. Available from: <https://portal.inen.sld.pe/registro-de-cancer-en-lima-metropolitana/>
6. Adams R. Prostate cancer in the Caribbean is taking down our men: access to care and changes in attitude are required. Rev Panam Salud Pública. 2018 Nov 19;42:1–1.
7. Yu XQ, Luo Q, Smith DP, Clements MS, O'Connell DL. Prostate cancer prevalence in New South Wales Australia: A population-based study. Cancer Epidemiol. 2015 Feb 1;39(1):29–36.
8. Jahn JL, Giovannucci EL, Stampfer MJ. The high prevalence of undiagnosed

- prostate cancer at autopsy: implications for epidemiology and treatment of prostate cancer in the Prostate-specific Antigen-era. *Int J cancer* [Internet]. 2015 Dec 15 [cited 2019 Sep 6];137(12):2795–802. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25557753>
9. Capocaccia R, Foschi R, Zucchetto A, Valdagni R, Nicolai N, Maffezzini M, et al. Estimates of prostate cancer burden in Italy. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2016 Feb [cited 2019 Sep 6];40:166–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26771313>
 10. Ondrušová M, Ondruš D. [Trends in Prostate Cancer Epidemiology in Slovakia - an International Comparison]. *Klin Onkol* [Internet]. [cited 2019 Sep 8];30(2):115–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28397503>
 11. Ye D, Zhu Y. [Epidemiology of prostate cancer in China: an overview and clinical implication]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Sep 8];53(4):249–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26269155>
 12. Kimura T, Egawa S. Epidemiology of prostate cancer in Asian countries. *Int J Urol* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 10];25(6):524–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29740894>
 13. Portela-Pereira P, Gómez-Veiga F. [What has changed in the epidemiology and screening of prostate cancer?]. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Sep 11];68(3):202–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25948794>
 14. Tourinho-Barbosa RR, Pompeo ACL, Glina S. Prostate cancer in Brazil and Latin America: epidemiology and screening. *Int Braz J Urol* [Internet]. [cited 2019 Sep 8];42(6):1081–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27622278>
 15. Anatomía del aparato genitourinario | Smith y Tanagho. *Urología general, 18e* | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [cited 2019 Sep 11]. Available

from:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1487§ionid=96865191>

16. Grozescu T, Popa F. Prostate cancer between prognosis and adequate/proper therapy. *J Med Life* [Internet]. [cited 2019 Sep 11];10(1):5–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28255369>
17. Rebbeck TR. Prostate Cancer Genetics: Variation by Race, Ethnicity, and Geography. Vol. 27, *Seminars in Radiation Oncology*. W.B. Saunders; 2017. p. 3–10.
18. Pernar CH, Ebot EM, Wilson KM, Mucci LA. The Epidemiology of Prostate Cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Sep 18];8(12):a030361. Available from: <http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/lookup/doi/10.1101/cshperspect.a030361>
19. Estadísticas importantes sobre el cáncer de próstata [Internet]. [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/acerca/estadisticas-clave.html>
20. Christian R, Juan FO, Alejandro MC. Detección precoz de cáncer de próstata: Controversias y recomendaciones actuales. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018 Mar;29(2):128–35.
21. Clinical presentation and diagnosis of prostate cancer - UpToDate [Internet]. [cited 2019 Sep 11]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer?search=cancer de prostata epidemiologia&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer?search=cancer%20de%20prostata%20epidemiologia&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2)
22. Giri VN, Beebe-Dimmer JL. Familial prostate cancer. *Semin Oncol* [Internet]. 2016

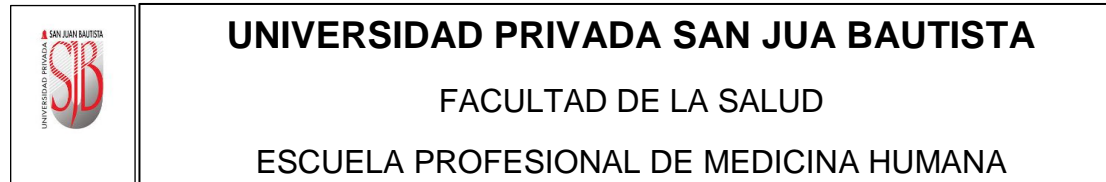
- Oct [cited 2019 Sep 11];43(5):560–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27899188>
23. Rebbeck TR. Prostate Cancer Disparities by Race and Ethnicity: From Nucleotide to Neighborhood. *Cold Spring Harb Perspect Med* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 11];8(9). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29229666>
 24. Brunner C, Davies NM, Martin RM, Eeles R, Easton D, Kote-Jarai Z, et al. Alcohol consumption and prostate cancer incidence and progression: A Mendelian randomisation study. *Int J cancer* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2019 Sep 11];140(1):75–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27643404>
 25. Jiménez-Mendoza E, Vázquez-Salas RA, Barrientos-Gutierrez T, Reynales-Shigematsu LM, Labra-Salgado IR, Manzanilla-García HA, et al. Smoking and prostate cancer: a life course analysis. *BMC Cancer* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 11];18(1):160. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29415662>
 26. Prostate cancer TNM, 8th edition - UpToDate [Internet]. [cited 2019 Sep 12]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/image?topicKey=16992&search=clasificacion del cancer de prostata&source=outline_link&imageKey=ONC%2F110728](https://www.uptodate.com/contents/image?topicKey=16992&search=clasificacion%20del%20cancer%20de%20prostata&source=outline_link&imageKey=ONC%2F110728)
 27. Delgado Delgado D. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII (620) 707-710, 2016.
 28. Ríos LL, ISM-CC, 2017 undefined. Relación entre el marcador tumoral antígeno prostático específico y la mortalidad por cáncer de próstata. *scielo.sld.cu* [Internet]. [cited 2019 Sep 12]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100009
 29. A hoy [Internet]. [cited 2019 Sep 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific->

antigen?search=psa cancer de
prostata&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H5

30. López AR, Mesa JP, ... YCB-CC, 2017 undefined. Actualización sobre cáncer de próstata. scielo.sld.cu [Internet]. [cited 2019 Sep 12]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300021
31. Prostate biopsy - UpToDate [Internet]. [cited 2019 Sep 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/prostate-biopsy?search=biopsia> de prostata&source=search_result&selectedTitle=1~60&usage_type=default&display_rank=1
32. Rica PBM-ML de C, 2017 undefined. Escala patológica de Gleason para el cáncer de prostata y sus modificaciones. scielo.sa.cr [Internet]. [cited 2019 Sep 12]; Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100237&script=sci_arttext&lng=en

ANEXO

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



ALUMNO: CHAMANA MARTÍNEZ TRILCE LUCERO

ASESOR: JOSEPH PINTO

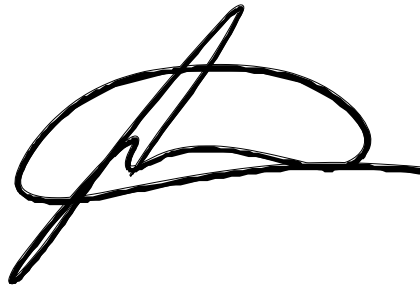
LOCAL: UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA – FILIAL ICA

TEMA: PREVALENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LOS PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA EN EL DURANTE EL
PERIODO DEL 2018

| VARIABLE PRIMARIA: | | | | |
|---------------------------|-------|--------------|------------------|-----------------------------|
| VARIABLE | ITEMS | INDICADORES | TIPO DE VARIABLE | INSTRUMENTO |
| CANCER DE PROSTATA | 1 | - SI - NO | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |

| VARIABLES SECUNDARIAS: | | | | |
|-------------------------------|--------------|---|-------------------------|-----------------------------|
| VARIABLE | ITEMS | INDICADORES | TIPO DE VARIABLE | INSTRUMENTO |
| EDAD | 1 | - <70 ^a - >70a | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| RAZA | 1 | - BLANCO - MESTIZO - AFRODESCENDIENT | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | 1 | - SI - NO | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| PROSTATITIS | 1 | - SI - NO | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| TABAQUISMO | 1 | - SI - NO | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| ALCOHOLISMO | 1 | - SI - NO | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| TACTO RECTAL | 1 | - FIBRELASTICA - DURA-NODULAR AISLADO - DURA-MULTINODULAR | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|--------------|-----------------------------|
| ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO | 1 | - <10ng/ml - 10-20 ng/ml - >20 ng/ml | CUANTITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| ESCALA DE GLEASON | 1 | - BIEN DIFERENCIAD - MODERADAMENTE DIFERENCIAD - POBREMENTE DIFERENCIAD | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |
| LUGAR | 1 | - REFERENCIADO A OTRO HOSPITAL - EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - DESCONOCIDO | CUALITATIVA | FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS |



Dr. Joseph Pinto Oblitas
Asesor Metodológico



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud




Mg. JOSÉ LUIS CORDOVA TELLO

Mg. José Luis Córdova
Asesor Estadístico

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

| | |
|---|---|
|  | <p>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA</p> <p>FACULTAD DE LA SALUD</p> <p>ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</p> |
|---|---|

Título: PREVALENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO DEL 2018

Autor: CHAMANA MARTÍNEZ TRILCE LUCERO

Fecha:

El presente Instrumento de Recolección de Datos ayudará a identificar la prevalencia y características sociodemográficas, clínicas, anatomopatológicas y factores asociados al desenlace del Cáncer de Próstata en pacientes del Hospital Regional de Ica.

N° de Historia Clínica _____

1. Cáncer de próstata

- a) Si
- b) No

Datos de filiación:

2. Edad _____
3. Raza:
 - a) negra
 - b) mestizo
 - c) blanco

Antecedentes:

4. antecedentes familiares:
 - a) familiar de 1° grado
 - b) familiar de >2°grado
 - c) Ninguno
5. Antecedente de prostatitis:
 - a) Si
 - b) no
6. Hábitos de tabaquismo:
 - a) Si
 - b) No
7. Hábitos de alcoholismo:
 - a) Si
 - b) no

Métodos diagnósticos

8. Tacto digitorectal:

- a) Fibroelastica
- b) Dura- nódulo aislado
- c) Dura- multinodular
- d) otras

9. Antígeno prostático específico (APE) _____

10. Biopsia:

- a) Bien diferenciado (2-4)
- b) Moderadamente diferenciado (5-6)
- c) Pobremente diferenciado (7-10)

Lugar de termino del paciente con CaP

11. Lugar:

- d) Referenciado a otro Hospital
- e) En tratamiento en el Hospital Regional de Ica
- f) Desconocido

ANEXO 03: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I.-DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: DR. CLEMENTE CANO QUIN

1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Especialista en Urología del Hospital Regional de Ica

1.3 Tipo de experto: Metodológico Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Prevalencia de cáncer de próstata en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018

1.5 Autora del instrumento: Chamana Martínez Trilce Lucero

II.-ASPECTOS DE VALORACION:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 -40% | Buena 41 -60% | Muy Buena 61 -80% | Excelente 81 -100% |
|-----------------|--|------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | X |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | X |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la mortalidad neonatal. | | | | | X |
| ORGANIZACION | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | X |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | X |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal. | | | | | X |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | | X |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | X |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, transversal, retrospectivo y observacional. | | | | | X |

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

95%

Ica, 21 Junio del 2021


 Clemente Cano Quiroz S.
 ESPECIALISTA - UROLOGO
 C.O.P. 81207 R.N.E. 34072

Firma del experto

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I.-DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: CORDOVA TELLO JOSE LUIS

1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista

1.3 Tipo de experto: Metodológico Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Prevalencia de cáncer de próstata en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018

1.5 Autora del instrumento: Chamana Martínez Trilce Lucero

II.-ASPECTOS DE VALORACION:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 - 20% | Regular 21 -40% | Buena 41 -60% | Muy Buena 61 -80% | Excelente 81 -100% |
|-----------------|--|------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | X |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | X |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la mortalidad neonatal. | | | | | X |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | X |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | X |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal. | | | | | X |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | | X |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | X |
| METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, transversal, retrospectivo y observacional. | | | | | X |

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

Ica, 22 de junio del 2021



Universidad Privada San Juan Bautista
Escuela de Carreras de la Salud

Mp. JOSE LUIS CORDOVA TELLO

Firma del experto

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I.-DATOS GENERALES:

II.-ASPECTOS DE VALORACIÓN:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: JOSEPH PINTO OBLUTAS

1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista

1.3 Tipo de experto: Metodológico Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes atendidas en el hospital Santa María Del Socorro de Ica durante el periodo 2017-2018

1.5 Autora del instrumento: Romero Peralta Rosa Angelica del Rosario

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 -40% | Buena 41 -60% | Muy Buena 61 -80% | Excelente 81 -100% |
|-----------------|--|------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | X |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas. | | | | | X |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la mortalidad neonatal. | | | | | X |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | X |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | X |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal. | | | | | X |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | | X |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | X |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, transversal, retrospectivo y observacional. | | | | | X |

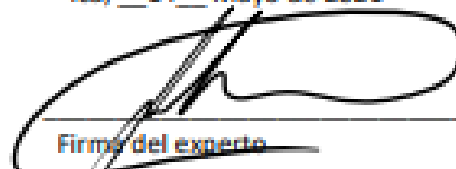
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....APLICABLE.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

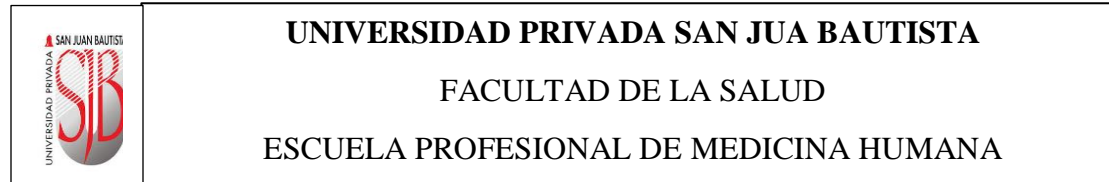
95%

Ica, _14_ Mayo de 2021



 Firma del experto
 B.O.T. N°: 40055154
 Teléfono: 984322395

ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA



ALUMNO: CHAMANA MARTÍNEZ TRILCE LUCERO

ASESOR: JOSEPH PINTO

LOCAL: UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA- FILIAL ICA

TEMA: PREVALENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA EN EL DURANTE EL PERIODO DEL 2018

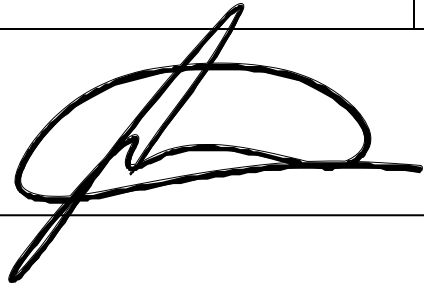
| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES |
|---|--|--|--|
| <p>General: ¿Cuál es la prevalencia de cáncer de próstata en los pacientes atendidos en el</p> | <p>General: Estimar la prevalencia de cáncer de próstata en los pacientes atendidos en el</p> | <p>General: HG: Al ser un estudio de carácter descriptivo, retrospectivo de corte</p> | <p>Variable principal: Indicadores:</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características epidemiológicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidas en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las características clínicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las características anatomopatológicas en los</p> | <p>Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Describir las características epidemiológicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018.</p> <p>OE 2: Describir las características clínicas en los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018.</p> <p>OE 3: Determinar las características anatomopatológicas en los</p> | <p>transversal, no se contará con la formulación de hipótesis general.</p> <p>Específicos:</p> <p>HE1: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no contará con la formulación de éstas.</p> <p>HE2: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no contará con la formulación de éstas.</p> <p>HE3: Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no contará con la formulación de éstas.</p> <p>HE4:</p> | <p>Cáncer de próstata</p> <p>Variables secundarias:</p> <p>Indicadores:</p> <p>Edad Antecedentes familiares (grado de parentesco) Raza Prostatitis Tabaquismo Alcoholismo Examen digito rectal</p> |
|---|--|---|--|

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018?</p> <p>PE 4: ¿Cuál fue el lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?</p> <p>PE 5: ¿Cuáles son los factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018?</p> | <p>pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo del 2018.</p> <p>OE 4: Describir el lugar donde terminaron los pacientes post diagnóstico de Cáncer de Próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018</p> <p>OE 5: Determinar factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.</p> | <p>Por su naturaleza es de carácter descriptivo, por lo cual no contará con la formulación de éstas.</p> <p>HE5:</p> <p>H1: Existen factores asociados al desenlace de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.</p> | <p>Antígeno prostático Especifico</p> <p>Score de Gleason</p> |
|---|---|---|---|

| Diseño metodológico | Población y Muestra | Técnicas e Instrumentos |
|--|---|--|
| <p>- Nivel:</p> <p>Estudio de carácter analítico, de corte transversal, retrospectivo, observacional.</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <p>Podemos tener en cuenta que, se consideró analítico debido a que estudia asociación entre variables. Se consideró transversal debido a las medidas aplicadas para la variable. Se consideró retrospectivo, ya que se obtendrán datos pasados (2018). Se consideró observacional, debido a que el rol como investigador no intervino en el control de las variables.</p> | <p>-Población:</p> <p>N = 13,718 varones atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el 2018</p> <p>- Criterios de Inclusión:</p> <p>Se incluyó a la cantidad total de los pacientes varones atendidos en el HRI durante el periodo del 2018.</p> <p>- Criterios de exclusión:</p> <p>Pacientes cuyas historias clínicas no contaron con los datos correspondientes en la ficha de recolección de datos.</p> <p>N=:13,718 pacientes.</p> | <p>Técnica:</p> <p>Se confeccionó una ficha en donde se recolectaron los datos de cada paciente como instrumento para la recopilación requerida, para ello se entregó una solicitud al HRI para poder obtener dichos datos a través de los servicios de Estadística y Epidemiología durante el 2018 de los pacientes diagnosticados son CaP, luego se realizó el llenado de las mismas mediante la revisión HC como análisis de contenido en la ficha confeccionada para poder ser codificada a la base de datos creada en Microsof Excel, luego los resultados de estos mismos datos fueron exportados a un formato SPSS, en el cual se hicieron los análisis estadísticos.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>- Tamaño de muestra:</p> <p>Debido a la naturaleza del estudio que involucra a toda la población pues no se estimó tamaño de muestra, se incluyó al total de los pacientes diagnosticados con CaP en el tiempo mencionado.</p> <p>- Muestreo:</p> <p>Debido al diseño que involucra no se efectuó un muestreo.</p> | <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> |
|--|---|---|



Dr. Joseph Pinto Oblitas
Asesor Metodológico



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud



Mg. JOSÉ LUIS CORDOVA TELLO

Mg. José Luis Córdova
Asesor Estadístico

