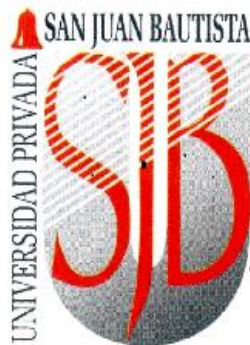


UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER DE
TIROIDES EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES DESDE EL 2013 AL 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER
YAQUELY DÍAZ DÍAZ
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

DRA: JENNY MARIANELLA ZAVALA OLIVER.

AGRADECIMIENTO.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todos los que hicieron posibles la realización de este trabajo.

Al Dr. Cristian Palomino Vázquez cirujano de cabeza, cuello y maxilofacial del Hospital Nacional Sergio E. Bernales por su gran interés, comprensión y ayuda en la realización de este trabajo.

A mi madre Amelia y mis hermanos: Juan, Emiliano, Eduardo, Manuel, David, Eufemia y Daniel, a quienes les debo todo lo que soy, por su apoyo y amor incondicional.

DEDICATORIA.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor

A mi padre Emiliano por sus ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizaron, por los valores inculcados y por su amor que aunque no esté conmigo lo llevo siempre en mi mente y mi corazón.

RESUMEN.

Introducción: El presente estudio sobre las características epidemiológicas y características anatomopatológicas nos da a conocer las cualidades de los pacientes con cáncer de tiroides que son de causa multifactorial y que va en aumento en la población

Objetivo: El presente trabajo de investigación es identificar las características epidemiológicas y anatomopatológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides que fueron atendidos en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional Sergio E. Bernales desde el 2013 al 2017.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo; y de corte transversal tomándose para el estudio la población total que son 54 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides atendidos en el servicio de cirugía de cabeza y cuello. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y recolectados mediante la ficha de recolección de datos validada por expertos y posteriormente se procedió al análisis para esto utilizamos el documento Excel, se exporta al paquete estadístico spss versión 24, donde se analizó los resultados sobre el estudio de las tabulaciones del instrumento.

Resultados: los resultados obtenidos podemos observar: En cuanto a las características epidemiológicas tenemos 90.7 % fueron mujeres frente a los hombre que fue 9.3%, la edad con mayor incidencia fueron los rangos de edades de 41 a 60 años con 46.3%, en cuanto al lugar de procedencia con 33.3% fueron del departamento de Cajamarca, seguida de lima con 22.2% En cuanto a las características anatomopatológicas se halló que un 35.2% de pacientes presentaban un tumor menor de 2 cm, y el grupo predominante fue 2 a 4 cm de tamaño del tumor con 42.6% de los pacientes y encontrándose mayor de 4 cm en un 22.2% de casos, en cuanto a los pacientes que no presentaron compromiso ganglionar fueron 63% y el 37%

pacientes si presentaron compromiso ganglionar, el 79,6 % de pacientes mente y mi corazón presentan el tipo histológico de carcinoma papilar de tiroides, seguido del carcinoma.

Folicular con 16,7% pacientes, menos casos de carcinoma medular con 3,7% y no se encontró pacientes con carcinoma anaplásico y de pacientes que no tenían evidencia de tiroiditis en la glándula tiroides estudiada en patología fueron 70.4%, mientras que un 29.6% si tienen diagnóstico de tiroiditis.

Conclusiones: En el presente estudio que con estos resultados nos ayudara a mejorar el enfoque de los pacientes con cáncer de tiroides ya que cuenta con una base estadística amplia en cuanto a sus características epidemiológicas y anatomopatológicas, monitorear los de riesgo que desencadena esta patología y plantear estrategias sanitarias de forma constante mediante la base estadística proporcionada por el estudio.

Palabras claves: cáncer de tiroides, características epidemiológicas de cáncer tiroides y características anatomopatológicas del cáncer de tiroides.

ABSTRACT.

Introduction: The present study on the clinical and epidemiological characteristics gives us to know the qualities of the patients with thyroid cancer that are of multifactorial cause and that is increasing in the population.

The objective of this research is to identify the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with thyroid cancer treated at the head and neck surgery service of the Sergio E. Bernales National Hospital from 2013 to 2017.

Methodology: An observational, descriptive, retrospective study was carried out; and of cross section taking for the study the total population that are 54 patients diagnosed with thyroid cancer treated in the service of head and neck surgery. The data were obtained from the clinical histories and collected through the data collection form validated by experts and later we proceeded to the analysis for this we use the Excel document, It was exported to the statistical package spss version 24, where the results on the study of the tabulations of the instrument were analyzed.

The results obtained can be seen: Regarding the epidemiological characteristics we have 90.7% were women versus men that was 9.3%, the age with the highest incidence were the age ranges of 41 to 60 years with 46.3%. Regarding the place of origin with 33.3% were from the department of Cajamarca, followed by Lima with 22.2% Regarding the anatomopathological characteristics It was found that 35.2% of patients had a tumor smaller than 2 cm, and the predominant group was 2 to 4 cm in size of the tumor with 42.6% of the patients and being larger than 4 cm in 22.2% of cases. Patients who did not present nodal involvement were 63% % and 37% patients if they had lymph node involvement, 79.6% of patients present the histological type of papillary thyroid carcinoma, followed by carcinoma Follicular with 16.7% patients, fewer cases of medullary carcinoma with 3.7% and no patients with anaplastic carcinoma and of patients who did not have evidence of thyroiditis

in the thyroid gland studied in pathology were 70.4%, while 29.6% % if they have a diagnosis of thyroiditis.

Concluding in the present study that with these results we will help improve the approach of patients with thyroid cancer because it has a broad statistical base in terms of epidemiological and pathological characteristics monitor the risk that this pathology triggers and propose strategies health services on a constant basis through the statistical base provided by the study.

Key words: thyroid cancer, epidemiological characteristics of thyroid cancer and anatomopathological characteristics of thyroid cancer.

PRESENTACIÓN.

El cáncer de tiroides ocupa el primer lugar de las neoplasias del sistema endocrino, en nuestro país la incidencia de cáncer de tiroides, se ha elevado notablemente y siendo una neoplasia, cuyo diagnóstico y tratamiento oportuno otorgan al paciente una buena sobrevida con muy baja mortalidad.

Existen características que están presentes en este tipo de pacientes y que podrían desencadenar el desarrollo de esta enfermedad.

Al igual que en otro tipo de neoplasias existen características epidemiológicas como la edad del paciente, el sexo del paciente, así como lugar de procedencia y características anatomopatológicas como la presencia de nódulos tiroideos, ganglios linfáticos cervicales, tipo histopatológico de la glándula y tiroiditis que puede ser un factor que predispone esta neoplasia.

Se realizó la valoración de datos estadísticos a través del programa SPS 24 en donde se llevó a cabo la recopilación de cifras estadísticas otorgadas por el hospital y a través de la revisión de historias clínicas en periodos de 2013 al 2017, logrando cumplir los objetivos planteados y tener datos estadísticos de nuestra población que se atienden en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. El Presente trabajo consta de:

El capítulo I, “El problema” en donde se muestran los siguientes subtemas. En primer lugar, el planteamiento del problema a investigar, en donde se da a conocer la repercusión nacional y mundial de esta enfermedad, En segundo lugar se presenta la formulación del problema de investigación, donde se presentan las interrogantes de acuerdo a lo planteado en el problema de la investigación, en tercer lugar se encuentra la justificación en la que se expone la necesidad de conocer las características del cáncer tiroides planteadas en la investigación, en cuarto lugar se encuentran los

objetivos tanto general como específicos, los cuales parten de la formulación de los problemas planteados.

En el capítulo número II “Marco Teórico” se dan a conocer los siguientes subtemas. En primer lugar se muestran los antecedentes bibliográficos de la investigación, donde se encuentran las investigaciones del ámbito internacional como nacional que hayan presentado similitud de variables en la investigación. En segundo lugar se encuentra la base teórica en donde se explica el sustento teórico presente en esta investigación que ha sido reunido de la literatura. En tercer lugar se presenta el subtema las hipótesis donde se da a conocer por qué esta investigación no cuenta con una hipótesis. En cuarto lugar se dan a conocer las variables de este estudio y se explican con mayor detalle en dicho capítulo. En quinto lugar se realiza la definición operacional de los términos donde se observan las definiciones de cada variable ajustadas a los intereses de la presente investigación.

En el capítulo número III “Metodología de la investigación” se divide en los siguientes subtemas. En primer lugar se tiene al tipo de estudio en donde se explica el diseño de la investigación según el método científico. En segundo lugar se muestra el área de estudio donde se delimita el espacio, la temporalidad, socialmente y conceptualmente el centro a estudiar. En tercer lugar se expresa la población de estudio así como los requisitos que se discriminaron para elegir la muestra de estudio y se definen los mecanismos utilizados para elegir dicha muestra a estudiar. En cuarto lugar se exponen el método de recolección de información y la herramienta a utilizar para obtener la información para el propósito de esta investigación. En quinto lugar se da a conocer el diseño de recolección de datos. En sexto lugar se muestra cómo se realizó el análisis de la información.

En el capítulo IV los “Análisis de los resultados” que se subdivide en los siguientes subtipos. En primer lugar “Resultados” que muestra mediante tablas y gráficos los resultantes de la esta investigación junto a la interpretación de dichos resultados de manera escrita. En segundo lugar la

“Discusión” en donde se realiza un análisis comparativo entre los resultados obtenidos de la presente investigación y los resultados de los estudios internacionales y nacionales citados en este trabajo.

En el capítulo V “Conclusiones y Recomendaciones” dividido en. La primera parte en donde se describen las conclusiones de este trabajo de investigación y la segunda parte donde se describen las recomendaciones que se generaron a partir de este trabajo de investigación.

Se espera que este trabajo de investigación sea de su interés y pueda contribuir con el fin último de ampliar el conocimiento sobre el cáncer de tiroides en el Perú.

ÍNDICE.

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
PRESENTACIÓN	IX
ÍNDICE	XII
LISTA DE TABLAS	XIV
LISTA DE GRÁFICOS	XV
LISTA DE ANEXOS	XVI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 OBJETIVOS	3
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5 PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5
2.2 BASE TEÓRICA	8
2.3 HIPÓTESIS	14
2.4 VARIABLES	14
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	15
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	18
3.1 TIPO DE ESTUDIO	18
3.2 AREA DE ESTUDIO	18
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	18
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	20
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	21
4.1 RESULTADOS	21
4.2 DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	35
5.2 RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1: RESULTADO PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DE CÁNCER DE TIROIDES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DESDE 2013 AL 2017. 21

TABLA 2: NÚMERO DE PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017. 22

TABLA 3: DE GÉNERO PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017. 23

TABLA 4: GRUPO ETAREO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017. 24

TABLA 5: LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017. 26

TABLA 6: TAMAÑO DE NÓDULO TIROIDEO POR RESULTADO HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES DE CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017. 27

TABLA 7: COMPROMISO GANGLIONAR DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017. 28

TABLA 8: TIPO HISTOLÓGICO DE LA GLÁNDULA EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2013 AL 2017. 30

TABLA 9: TIROIDITIS EN PACIENTES CON CÁNCER CON TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2013 AL 2017. 31

LISTA DE GRÁFICOS.

GRÁFICO 1: NÚMERO DE PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017. 22

GRÁFICO 2: GÉNERO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017. 24

GRÁFICO 3: GRUPO ETAREO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017. 25

GRÁFICO 4: LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017. 26

GRÁFICO 5: TAMAÑO DE NÓDULO TIROIDEO POR RESULTADO HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES DE CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017. 28

GRAFICO 6: COMPROMISO GANGLIONAR DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017. 29

GRÁFICO 7: TIPO HISTOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2013 AL 2017. 30

GRÁFICO 8. TIROIDITIS EN PACIENTES CON CÁNCER CON TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2013 AL 2017. 31

LISTA DE ANEXOS.

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
ANEXO 2: INSTRUMENTO. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA POR EXPERTOS	45
ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	51

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de tiroides constituye el 1% de todos los cánceres en el ser humano, sin embargo, es el cáncer endocrino más frecuente.

El cáncer de tiroides es el décimo sexto cáncer más frecuente en el mundo, con cerca de 298.000 casos nuevos diagnosticados en el año 2012¹.

En América Latina al año se diagnostican cerca de 26.000 nuevos casos².

En el Perú, el promedio anual de casos registrados de cáncer de tiroides para el período 2006 - 2011 fue de 492, estando en el puesto número 11 en frecuencia según localización topográfica, superando a otros tipos de cáncer como ovario, páncreas, encéfalo y riñón; documentándose en el periodo un total de 2.952 casos de cáncer de tiroides, donde 524 fueron del sexo masculino y 2.428 del sexo femenino, equivalente al 2,7% de todos los tipos de cáncer según localización topográfica y sexo³.

El cáncer de tiroides es un padecimiento que ha aumentado más rápido que cualquier otro cáncer en los últimos años, con más frecuencia en el sexo femenino, la edad de mayor incidencia esta entre los intervalos de 40 - 60 años, además de ciertos lugares de procedencia de los pacientes, el tipo histológico que más se ha incrementado es el del carcinoma papilar. Es posible que, este reflejado en la detección temprana de esta patología, en etapas subclínicas de los nódulos tiroideos, gracias a métodos diagnósticos como la ecografía de alta resolución, la citología por punción aspiración con aguja fina.

Actualmente la información estadística acerca de las características epidemiológicas y anatomopatológicas del cáncer de tiroides es muy escasa, especialmente en Perú, por lo cual es necesario objetivar cuales son las características epidemiológicas y anatomopatológicas del cáncer de

tiroides. Este escenario impone nuevos retos cómo identificar a los pacientes con una posible mala evolución y cuales serían el protocolo de tratamiento óptimo, las cuales se conocerán con mayor detalle a continuación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Determinar cuáles son las características epidemiológicas y anatomopatológicas del cáncer de tiroides, en pacientes del hospital nacional Sergio E. Bernales desde el 2013 al 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Justificación teórica.

La incidencia de cáncer de tiroides se ha incrementado en los últimos años en este hospital, pasando de seis casos en total en los año 2013 a un total de 18 casos en el 2017 por lo cual es necesario conocer cuáles son las características epidemiológicas y características anatomopatológicas más frecuente y así contribuir a su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del paciente con cáncer de tiroides.

Justificación práctica.

Es importante conocer cuáles son las características epidemiológicas y anatomopatológicas prevalentes en este tipo de cáncer, para que los profesionales de la salud involucrados informen y eduquen a los pacientes y familias la necesidad de prevenir a y los pacientes que ya tienen este diagnóstico contribuir a una calidad de vida de estos pacientes y sus familias, Y establecer un plan de trabajo para el seguimiento de estos pacientes.

Justificación metodológica.

Este trabajo se realiza con un adecuado número de población de estudio, en la cual es factible estudiar las características epidemiológicas y anatomopatológicas, así evidenciar su distribución en estos pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides. Además esta identificación nos ayudara a conocer cuáles son las características epidemiológicas y anatomopatológicas con más frecuencia de los participantes, lo que nos va a ayudar a proponer nuevas estrategias para su seguimiento y control de esta enfermedad.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar cuáles son las características epidemiológicas anatomopatológicas de cáncer de tiroides en los pacientes del hospital Sergio E. Bernales de 2013 al 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar las características epidemiológicas: edad, sexo y lugar de procedencia de los pacientes con cáncer de tiroides atendidos en el hospital Sergio E. Bernales desde el 2013 al 2017.
2. Conocer cuáles son las características anatomopatológicas: nódulos tiroideos, compromiso ganglionar, tipo histológico y tiroiditis presentes en pacientes con cáncer de tiroides del hospital Sergio E. Bernales desde el 2013 al 2017.

1.5. PROPÓSITO.

Identificar cuáles son las características epidemiológicas y anatomopatológicas de los pacientes con cáncer de tiroides, ya que el carcinoma de tiroides es la neoplasia maligna más frecuente del sistema endocrinológico y para ello desarrollar medidas preventivas en la población.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

1.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

Se realizó la búsqueda bibliográfica de investigaciones realizadas anteriormente recopiladas en plataformas de búsqueda online, se encontraron las siguientes investigaciones que pueden relacionarse con este estudio y que a continuación se describen:

INTERNACIONALES.

- **Alma C, Ojeda Y Gómez (2016)** en el estudio titulado **“Cáncer de tiroides caracterización clínica y concordancia de pruebas diagnósticas”** se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tuvo como objetivo el estudio para identificar las características epidemiológicas de cáncer tiroideo en pacientes sometidos a cirugía de tiroides y compararlas de acuerdo a su estirpe histológica, así como determinar la concordancia entre pruebas diagnósticas. Se realizó un estudio descriptivo transversal⁴. Como resultado de interés se registraron 44 casos de cáncer de tiroides en el período de estudio sometidos a cirugía; la edad media fue de 44 años; 93% fueron mujeres; de acuerdo a su estirpe histológica 77,2% resultó carcinoma papilar, 18,8% folicular, 2,2% indiferenciado y 2,2% mixto¹⁶.
- **Granados M, Mitsuo y Takahashi (2014)** en el estudio titulado **“Cáncer diferenciado de tiroides: una antigua enfermedad con nuevos conocimientos”** realizada en servicio de cabeza y cuello del instituto nacional de cancerología México D.F. se reportó 3,195 casos de cáncer de tiroides (1,351 en varones y 1,844 en mujeres), que representaron el 2.5% del total de neoplasias malignas, con una incidencia de 3 por 100,000 habitantes y una mortalidad de 0.6 por 100,000 habitantes. El cáncer diferenciado de tiroides incluye el tipo papilar y folicular, representan más del 80% de los casos y se asocia

con un excelente pronóstico, su incidencia se incrementa y la mortalidad decrece gracias al aumento del uso del ultrasonido (US) para diagnosticar tumores pequeños y con mejor pronóstico⁵, en relación mujer: hombre es de 4.4:1, pero en la experiencia de los autores el 85.6% de los casos ocurrió en mujeres, con una relación 5.9:1. La máxima frecuencia tiene lugar entre los 41 y los 50 años, y el 60% de los casos acontecen entre los 31 y los 60 años. De las malignidades tiroideas, el carcinoma papilar y sus variantes representan el 80.3% y el cáncer folicular y sus variantes, el 2.4%².

- **Larrea E. Y Turcios S. (2017)** en su estudio **“Factores Asociados a la Recurrencia Tumoral en Mujeres con Carcinoma Diferenciado de Tiroides”** realizado en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana – Cuba, el presente estudio es descriptivo de corte transversal que participaron Mujeres entre 17 y 60 años con tiroidectomía total por carcinoma diferenciado de células foliculares del tiroides diagnosticado en el periodo 2000 - 2011. Llegaron a concluir que la recurrencia se evidencia en los siguientes signos: presencia de masa palpable en territorio tiroideo; gammagrafía con captación del radiofármaco, estimulada o no; metástasis regional o a distancia, tiroglobulina > 2 ng/ml ⁶.
- **Guillermo Édison Guzmán y colaboradores (2016)** en su estudio **“Mutación BRAF V600E en pacientes con cáncer de tiroides”** realizada en Fundación Clínica Valle del Lili Colombia es un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en una población 344 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides se les realizó estudio de la mutación BRAF V600E a 24. La edad promedio fue de 47 años, con predominio en mujeres (87,5%), fueron positivos para la mutación 66% de los pacientes. En relación a las características histopatológicas, el 95,8% de los casos correspondían a cáncer papilar de tiroides, la mayoría de la variedad clásica⁷.

- **Germán Brito Sosa y colaboradores (2015)** en su estudio “**Cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología**” realizada en Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba. Realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con 71 pacientes portadores de tiroiditis de Hashimoto, tratados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología desde 2006 hasta 2010 donde obtuvieron los siguientes resultados, la tiroiditis de Hashimoto con la presencia de nódulos fue más frecuente en los grupos de edades entre 50 y 59 años. El sexo más afectado fue el femenino. “De los 71 pacientes que integraron nuestro universo de estudio, a 12 (16,9 %) se les diagnosticó carcinoma de tiroides de la variante papilar y todos del sexo femenino, y la incidencia del cáncer tiroideo aumentó con la edad⁸.

NACIONALES.

- **Pinto M Y Valdivia (2012)** en su estudio de “**cáncer anaplásico de tiroides, realizada Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú, en una paciente mujer de 40 años**”, sin antecedente de patología tiroidea, con historia de enfermedad de cuatro semanas caracterizado por baja de peso, aumento rápido del tamaño de la glándula tiroides y dolor óseo generalizado. “El examen físico mostró bocio multinodular no doloroso con múltiples ganglios cervicales Se realizó una tiroidectomía total con disección amplia de los ganglios del cuello y en el estudio de anatomía patológica resultó un carcinoma anaplásico de tiroides. La evolución de la paciente fue desfavorable, falleciendo por insuficiencia respiratoria, secundaria a embolismo pulmonar⁹.
- **Manrique H y Pinto M (2011)** en su estudio “**Enfermedad de Graves y Cáncer de Tiroides**”, realizado en el servicio de endocrinología, hospital Arzobispo Loayza. Lima, Perú. “En el caso

de una paciente mujer de 62 años con antecedente de cáncer de recto curado, se le diagnosticó cáncer papilar de tiroides se le sometió a tiroidectomía total, en el estudio histopatológico mostro cáncer papilar de tiroides, moderadamente diferenciado, con compromiso de capsula, tejido muscular y ganglios linfáticos. Su evolución clínica ha sido favorable¹⁰.

- **Ore J y Saavedra José (2008)** en su estudio llamado **“Patología Quirúrgica de la Glándula Tiroides”** realizado en el hospital dos de mayo. Lima. Perú. “Es un estudio retrospectivo, observacional descriptivo. Se realizó el estudio en 274 casos operados de tiroidectomía de los cuales 81.4% del total correspondió al sexo femenino, 56.9% de los casos provenían de fuera de lima y callao, con edades que fluctuaban entre 30 y 59 años, el 23,7% era carcinoma papilar¹¹.

1.2. BASE TEÓRICA.

CÁNCER DE TIROIDES.

Es la neoplasia maligna más frecuente del sistema endocrino. Los carcinomas que se originan del epitelio folicular, su clasificación se basa por sus características histológicas. Los carcinomas diferenciados, como el carcinoma papilar de tiroides o el carcinoma folicular de tiroides, a menudo son curables y de buen pronóstico cuando el diagnóstico se hace en las primeras etapas de la enfermedad. A diferencia del carcinoma anaplásico de tiroides es agresivo, responde mal al tratamiento⁷.

Ciertas neoplasias de tiroides se pueden originarse en cualquier nivel de las células como células foliculares, o las células C que producen calcitonina, que es una hormona peptídica que tiene por función la regulación del metabolismo del fósforo (P) y calcio (Ca)³.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER DE TIROIDES.

LA EDAD EN CÁNCER DE TIROIDES.

Es considerada como un factor importante de cáncer de tiroides se hace énfasis en el impacto de la edad sobre la historia natural y el pronóstico de los pacientes con cáncer de tiroides. Para los pacientes menores de 40 años, la tasa de mortalidad en el momento del diagnóstico es baja y aumenta progresivamente después de los 40 años.

Los pacientes mayores de 65 años, en comparación con los pacientes menores de 40 años, desarrollan localmente tumores más agresivos, presentando recurrencias clínicas más frecuentes. El estudio de análisis multivariable reveló que la edad en el momento del diagnóstico fue el factor más importante para determinar la supervivencia total prevista¹².

EL GÉNERO EN CÁNCER DE TIROIDES.

Para este tipo de cáncer el sexo es un factor predisponente, la literatura consultada anuncia que el sexo femenino hay mayor riesgo de desarrollar cáncer de tiroides¹³ según la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este año Se diagnosticarán alrededor de 53,990 nuevos casos de cáncer de tiroides (40,900 en mujeres y 13,090 en hombres)⁸.

El género además influye en el pronóstico, ya que los hombres muestran peor supervivencia en comparación con las mujeres.

LUGAR DE PROCEDENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES.

Podemos señalar que según el análisis de la situación del cáncer en el Perú del 2013 realizado por el ministerio de salud del Perú, el cáncer de tiroides tiene mayor incidencia en los pacientes procedentes de la selva de nuestro país como, san Martín y Ucayali 6to lugar, Loreto 7to lugar y Madre de Dios ocupa el 8avo lugar y en la sierra como es Cajamarca ocupa el 7mo lugar y

Arequipa y Cuzco 8vo lugar de todas las neoplasias registradas por localización topográfica y sexo¹⁴.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER DE TIROIDES.

NÓDULO TIROIDEO EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES.

El riesgo de recurrencia y muerte relacionada con el cáncer de tiroides es proporcional al tamaño del tumor primario. Las dimensiones de un cáncer papilar varían, desde menos de 1 cm, que se define como tumor micropapilar, hasta grandes tumores mayores de varios centímetros, con una recurrencia alta y un tiempo de supervivencia menor. Al considerar el diámetro del tumor en el momento del diagnóstico, el riesgo acumulado para la infiltración extratiroidea y para la afectación metastásica de ganglios linfáticos proximales, es mayor para el cáncer papilar de tiroides que para el cáncer folicular de tiroides. En cuanto a las metástasis a distancia, para tumores de igual tamaño, el riesgo es el mismo para ambos, papilar y folicular.

Si la prevalencia de cáncer de tiroides es diferente en las glándulas tiroideas con un solo nódulo versus bocio multinodular sigue siendo incierto. La prevalencia de malignidad en nódulo solitario se ha estimado en un 5%. Como se indica en las guías recientes para el manejo de los nódulos tiroideos los pacientes con múltiples nódulos tiroideos tienen el mismo riesgo de malignidad que aquellos con nódulos solitarios¹⁵.

GANGLIOS LINFÁTICOS.

Las metástasis ganglionares regionales del cuello están presentes en gran porcentaje de los casos de cáncer de tiroides.

Pero sin embargo no todo compromiso ganglionar tiene igual impacto en la evolución de dicha patología. Actualmente se recomienda una estratificación

de riesgo y abordaje terapéutico diferente según el número, el tamaño, y la extensión del compromiso ganglionar¹⁶.

También se ha demostrado la asociación entre tamaño ganglionar y recurrencia de la enfermedad.

TIPO HISTOLÓGICO.

Cáncer Papilar de tiroides.

Carcinoma muy común en tiroides cuya incidencia es de aproximadamente de 70 – 90% de tumores diferenciados del tiroides, las características citológicas nos favorecen a realizar un diagnóstico con FNA (biopsia por aspiración con aguja fina) luego de una exéresis (extirpación) de la glándula tiroidea donde vamos a encontrar los cuerpos de psamoma (calcificaciones por calcio) y núcleos escondidos con aspecto de "huérfanas Annie" (aspecto claro y vidrioso parecidos o similares a los ojos de Anita la huerfanita) con presencia de núcleos aumentado de tamaño.

El carcinoma papilar tiene un crecimiento lento por lo cual puede acumularse metástasis a diferentes estructuras del cuerpo como pulmonares y dando pocas sintomatologías. La implicancia de los ganglios linfáticos por este tipo de cáncer puede tener una buena tolerancia, pero puede aumentar el riesgo de repetirse el cuadro y desde luego la mortalidad, en especial en personas con edad avanzada. La mayor cantidad de casos de neoplasias papilares son diagnosticados en estadios tempranos (mayor del 80% en los estadios I o II) y por este motivo tienen un buen pronóstico. La mortalidad generalmente se da en los estadios IV pero su incidencia es muy baja menor al 1% de estos pacientes.

Cáncer Folicular de tiroides.

La incidencia de carcinoma folicular es diferente a cada parte del planeta; se reporta mayor frecuencia en lugares con deficiencia de yodo. Este tipo de cáncer, tiene diagnóstico difícil por medio de FNA (biopsia por aspiración con

aguja fina) por su diferencia entre las neoplasias foliculares tanto benignas como malignas se basa en gran medida en la existencia de signos de invasión en vasos, nervios o estructuras vecinas. El carcinoma folicular tiende a diseminarse por vía sanguínea iniciando origen de metástasis a nivel pulmonar y óseas, tanto, así como del sistema nervioso central (SNC). la mortandad entre carcinoma folicular con respecto al carcinoma papilar el folicular es muy desfavorable porque se presenta mayormente en el estadio IV de esta patología.

Cáncer anaplásico de tiroides.

El carcinoma anaplásico de cáncer es una neoplasia agresiva y poco diferenciada. El pronóstico es muy malo y en mayor porcentaje de pacientes mueren en un aproximado de seis meses posteriores al diagnóstico. Por motivo del estado indiferenciado de esta neoplasia, la captación de yodo radiactivo es poco significativa, pudiendo ser usada como terapia si existiese captación residual. Se ha probado la quimioterapia con diferentes fármacos, pero con resultados desfavorables.

Cáncer medular de tiroides.

Este tipo de neoplasia es el 1% a 2% de los cánceres de tiroides en los Estados Unidos. Derivan de células foliculares de la tiroides las células que producen hormona tiroidea, en que se originan de las células C parafoliculares. De la glándula tiroidea.

Este tipo de neoplasia tiende a extenderse a los ganglios linfáticos y hacer metástasis a otros órganos y suelen ser hereditarias en hasta un 25% de los casos, se pueden asociar con otras neoplasias endocrinas, como la Neoplasia Endocrina Múltiple.

El carcinoma papilar de la tiroides típicamente se presenta como un nódulo que es firme y sólido en la ecografía tiroidea, a veces con calcificaciones internas. En el bocio multinodular el cáncer se observa por lo general como

un nódulo dominante de mayor tamaño, más firme, otros nódulos en la glándula. Alrededor de 10 % de los carcinomas papilares, especialmente en niños, se presenta con ganglios cervicales agrandados. Entonces, el examen cuidadoso a menudo también revela un nódulo en la tiroides. A veces, hay hemorragia, necrosis y formación de quiste en el nódulo maligno, pero en la ecografía tiroidea de estas lesiones, un componente sólido es una indicación para diagnóstico del cáncer de tiroides es por biopsia por aspiración con aguja fina con guía ecográfica del nódulo.

Por último, el carcinoma papilar puede encontrarse de manera incidental como un foco de cáncer microscópico en una glándula extirpada por otras razones, como un nódulo indeterminado, bocio multinodular, o enfermedad de Graves.

TIROIDITIS EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES.

La enfermedad tiroiditis es una enfermedad autoinmune. Esto significa que el sistema inmunitario, que generalmente protege el cuerpo y ayuda a combatir enfermedades, produce anticuerpos y ataca la glándula tiroides. La glándula tiroides entonces pierde la capacidad de producir suficientes hormonas tiroideas, lo que puede resultar en hipotiroidismo. Hipotiroidismo significa que la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas para satisfacer las necesidades del cuerpo.

A mayor tiempo de evolución de la tiroiditis de mayor probabilidad de que aparezca un nódulo de tiroides y de adquirir un cáncer de tiroides. El manejo de los nódulos tiroideos asociados a la tiroiditis de Hashimoto es el mismo que el de los nódulos tiroideos sin tiroiditis. Para su evaluación nos apoyamos en la citología aspirativa con aguja fina, la ecografía, la biopsia por congelación, los factores pronósticos y de riesgos, también en la biopsia por inclusión en parafina. Se considera a la citología aspirativa con aguja fina de valor, en la exploración de un nódulo tiroideo.

2.3. HIPÓTESIS.

Por ser un estudio descriptivo básico no requiere hipótesis, los cuales fueron reemplazados por los objetivos de la investigación.

2.4. VARIABLES.

2.4.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.

a) género de pacientes:

- Femenino.
- Masculino.

b) Edad al diagnóstico: se determinaron las edades mediante las siguientes frecuencias:

- 0 – 20 años.
- 21 – 40 años.
- 41 – 60 años.
- 61 años a más.

c) Lugar de procedencia: se determinó de acuerdo al departamento que procedían:

- Lima.
- Cajamarca.
- Junín.
- Huánuco.
- Apurímac.
- Piura.
- Amazonas.

- Ancash.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.

a) Nódulo tiroideo: se tomó los intervalos de acuerdo a los resultados de patología - quirúrgica de los pacientes:

- 0 – 2 cm.
- 2 – 4 cm.
- Mayor de 4 cm.

b) Ganglios linfáticos cervicales:

- Con compromiso ganglionar.
- Sin compromiso ganglionar.

c) Tipo histológico de la glándula tiroidea:

- Carcinoma papilar.
- Carcinoma medular.
- Carcinoma folicular.
- Carcinoma anaplásico.

d) Tiroiditis en pacientes:

- Con presencia de tiroiditis.
- Sin presencia de tiroiditis.

VARIABLE DEPENDIENTE.

- Cáncer de tiroides.

2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

EDAD AL DIAGNÓSTICO.

Se refiere al tiempo transcurrido de una persona expresado en números enteros. El envejecimiento celular se traduce en más años vida se sabe que

la vejez predispone a muchas enfermedades. El cáncer de tiroides no es ajeno a presentarse con mayor magnitud conforme haya transcurrido los años⁵, los picos de incidencia más altos se encuentran sobre los 40 años¹.

LUGAR DE PROCEDENCIA.

Se hace referencia al lugar en donde ha nacido el paciente.

TIROIDECTOMÍA.

Consiste en la extirpación quirúrgica de la glándula tiroides que puede ser ismectomía, lobectomía, tiroidectomía total, parcial o casi total, de acuerdo a los parámetros clínicos y la citología.

NÓDULO TIROIDEO.

Un nódulo tiroideo viene hacer acúmulo anormal de células tiroideas formando un tumor dentro del tiroides. En su mayoría son benignos y no producen ningún problema, otras veces pueden producir hormonas generando alteraciones generales por ello y en una pequeña proporción pueden ser malignos o cancerosos.

GANGLIOS LINFÁTICOS.

Son parte del sistema linfático que tienen como finalidad filtrar a través de los canales del líquido linfático, cuando este sale de la glándula tiroides y retoma el torrente sanguíneo: estos también sirven para inmovilizar y retener las células cancerígenas y así no permitir el ingreso a otras partes del cuerpo. La existencia de células cancerígenas en estos, indica un riesgo mayor diseminación de la enfermedad¹⁴.

TIPO HISTOLÓGICO.

El tipo histológico hace referencia a la tipificación histopatológica de acuerdo las características de las células neoplásicas, localizadas e invasión. Clasifican en:

- Carcinoma papilar.
- Carcinoma medular.

- Carcinoma folicular.
- Carcinoma anaplásico.

TIROIDITIS.

Se define como una patología autoinmune que a mayor tiempo de evolución de esta enfermedad, se incrementa la probabilidad de que aparezca un nódulo de tiroides y de adquirir un cáncer de tiroides según la literatura⁶.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

Según los objetivos deseables a alcanzar, el presente estudio es de tipo cualitativo, se trata de un estudio observacional porque las variables no son manipulables, además esta investigación es descriptiva porque no existe grupos a comparar y de tipo retrospectivo ya que se realizó una revisión de historias clínicas de hechos que ya ocurrieron y fueron consignados en el pasado.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO.

DELIMITACIÓN ESPACIAL.

Hospital Nacional Sergio E. Bernales ubicado en la av. Túpac Amaru n° 8000 Comas – Lima – Perú.

DELIMITACIÓN TEMPORAL.

Período de tiempo necesario para el desarrollo del proyecto de tesis y trabajo de investigación: 8 meses.

DELIMITACIÓN SOCIAL.

Pacientes atendidos en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Pacientes atendidos en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional Sergio E. Bernales con diagnóstico de cáncer de tiroides.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

POBLACIÓN.

Total de historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima - Perú que cumplan los requisitos:

Requisitos de inclusión:

- Diagnóstico de cáncer de tiroides post tiroidectomía.
- Pacientes del género masculino y femenino.
- Pacientes de todas las edades.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas.

MUESTRA.

Muestreo no probabilístico por conveniencia: se tomó el 100% de las historias clínicas, lo que corresponde a 54 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo 2013 al 2017.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó la autorización de la oficina capacitación del hospital Nacional Sergio E. Bernales a través de una carta de presentación redactada por la facultad de ciencias de salud de la universidad san juan bautista para la ejecución del presente estudio. Obtenido el permiso se hizo la revisión de las 54 historias clínicas con diagnóstico de cáncer de tiroides en el servicio de cirugía de cabeza y cuello, dicho instrumento se encuentra debidamente revisado y validado por expertos.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Después de obtener el permiso requerido de la institución, se realizó la revisión de las 54 historias clínicas en búsqueda de las variables de estudio. Se consignó la información que se requería en la ficha de recolección de datos elegida para esta investigación.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales que cuentan con diagnóstico de cáncer de tiroides y recolectados mediante la ficha de recolección de datos validada por expertos y posteriormente digitados en un archivo de programa Microsoft Excel. Los datos se procesaron usando el aplicativo SPSS 24 para su posterior interpretación, discusión y conclusión.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

4.1. RESULTADOS.

TABLA 1: RESULTADO PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DE CÁNCER DE TIROIDES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DESDE 2013 AL 2017.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	GÉNERO	FEMENINO	91%
	EDAD	41 - 60 AÑOS	46.3%
	LUGAR DE PROCEDENCIA	CAJAMARCA	33.3%
CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS	TAMAÑO DE NÓDULO	2 A 4 CM	42.6%
	COMPROMISO GANGLIONAR	SIN COMPROMISO GANGLIONAR	63%
	TIPO HISTOLÓGICO	CARCINOMA PAPILAR	79.6%
	TIROIDITIS	SIN PRESENCIA	70,40%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

Interpretación: En el presente estudio podemos observar que con respecto a las características epidemiológicas, el género femenino representa un 91% de los pacientes, el rango de edad más representativo fue de 41 – 60 años con 46.3% de pacientes y con respecto a la procedencia de los pacientes Cajamarca con 33.3% fue el número más representativo. En cuanto a las características anatomopatológicas el tamaño del tumor que tenían los pacientes fue de 2 a 4 cm con 42.6% que predominaron en este estudio, en cuanto a los pacientes con compromiso ganglionar o sin

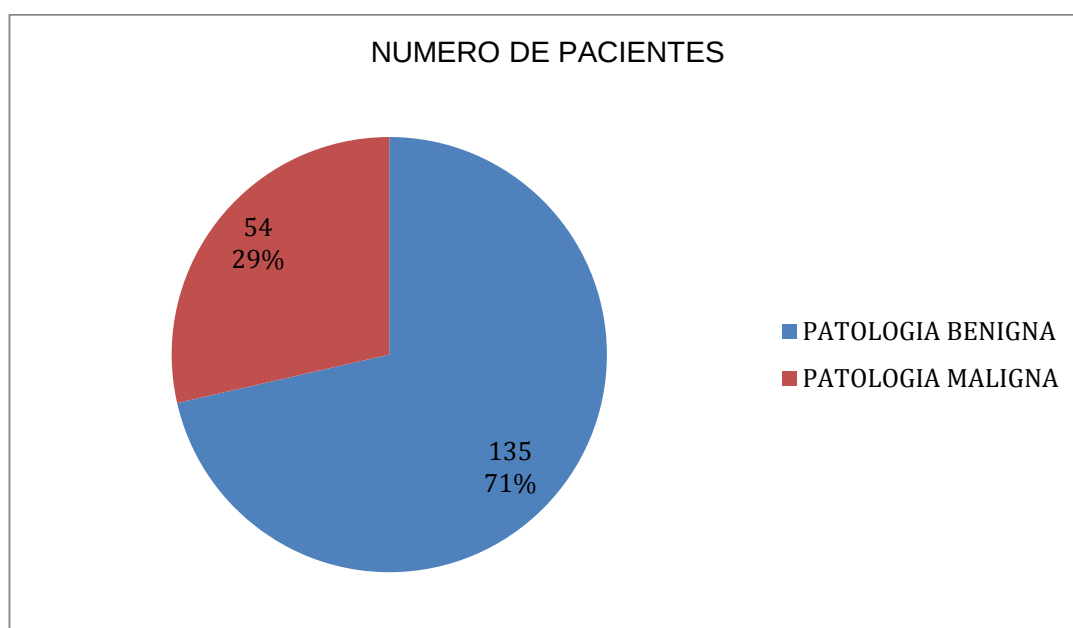
compromiso ganglionar como resultado fue que sin compromiso ganglionar 63% de los pacientes, con respecto al tipo histológico que predominó fue el carcinoma papilar con 79.6% de los pacientes, y en cuanto a la tiroiditis en los paciente se encontró que sin presencia tenían 70,40% de los pacientes.

TABLA 2: NÚMERO DE PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017.

PATOLOGIA DE PACIENTES	NUMERO DE PACIENTES	Porcentaje
PATOLOGIA BENIGNA	135	71%
PATOLOGIA MALIGNA	54	29%
TOTAL	189	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

GRÁFICO 1: NÚMERO DE PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

Interpretación: El presente estudio se realizó en el departamento de cirugía del Hospital Sergio Bernal, para lo cual se realizó la revisión retrospectiva de los 189 casos de pacientes operados de patología de la glándula tiroides, en el periodo 2013 a 2017. De estos 189 que es el 100% de pacientes sometidos a tiroidectomía, 135 pacientes el 71.4% fueron por patología benigna, y 54 pacientes que representa el 28.6% tuvieron como diagnóstico cáncer de tiroides.

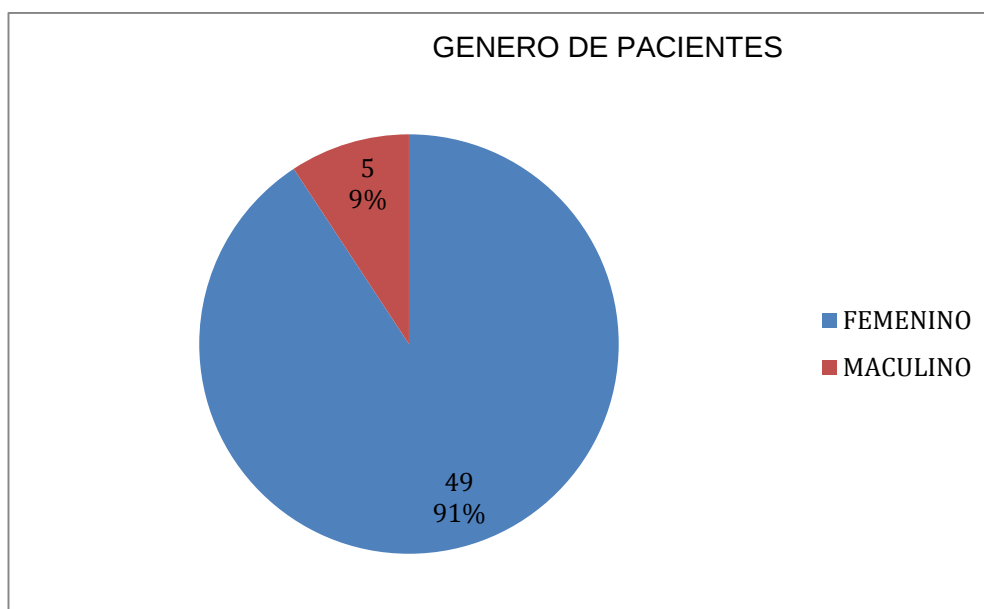
4.1.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.

TABLA 3: DE GÉNERO PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNAL DEL 2013 AL 2017.

GÉNERO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
FEMANINO	49	91%
MACULINO	5	9%
TOTAL	54	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

GRÁFICO 2: GÉNERO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

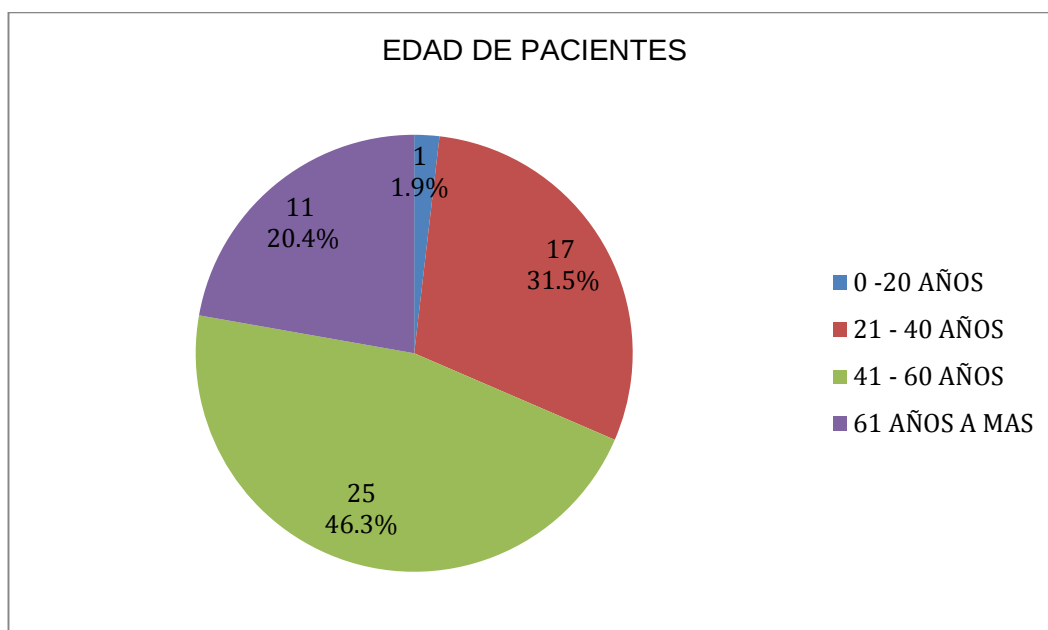
Interpretación: En este estudio podemos observar que del 100% (54) pacientes con cáncer de tiroides, el 91% (49) pacientes son del género femenino y tan solo el 9% (5) pacientes son del género masculino.

TABLA 4: GRUPO ETAREO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017.

EDAD	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 -20 AÑOS	1	1.9%
21 - 40 AÑOS	17	31.5%
41 - 60 AÑOS	25	46.3%
61 AÑOS A MAS	11	20.4%
TOTAL	54	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

GRÁFICO 3: GRUPO ETAREO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

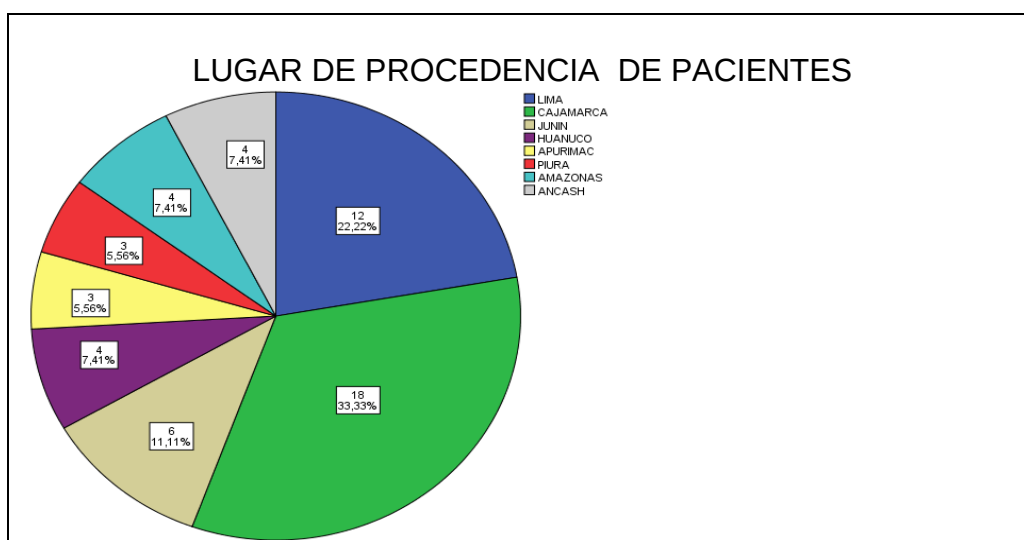
Interpretación: Podemos observar en este estudio que del 100% (54) de pacientes, el 46.3% (25) tienen edades entre 41 – 60 años, el 31.5% (17) pacientes se encuentran entre las edades de 21 – 40 años, el 20.4% (11) son pacientes con edades mayores de 61 años, y tan solo 1.9%(1) tiene entre las edades de 0 – 20 años de edad.

TABLA 5: LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017.

LUGAR DE PROCEDENCIA	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
LIMA	12	22,2%
CAJAMARCA	18	33,3%
JUNIN	6	11,1%
HUÁNUCO	4	7,4%
APURIMAC	3	5,6%
PIURA	3	5,6%
AMAZONAS	4	7,4%
ANCASH	4	7,4%
TOTAL	54	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

GRÁFICO 4: LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

Interpretación: El lugar de procedencia fue variado, de las distintas regiones del Perú, siendo los pacientes procedentes de la región Cajamarca los predominantes en el estudio con un 33% (18), seguido de los pacientes procedentes de la ciudad de Lima con un 22,2% (5.6%) y Apurímac y Piura con tan solo 5.6 % (3) de los pacientes.

4.1.2. CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

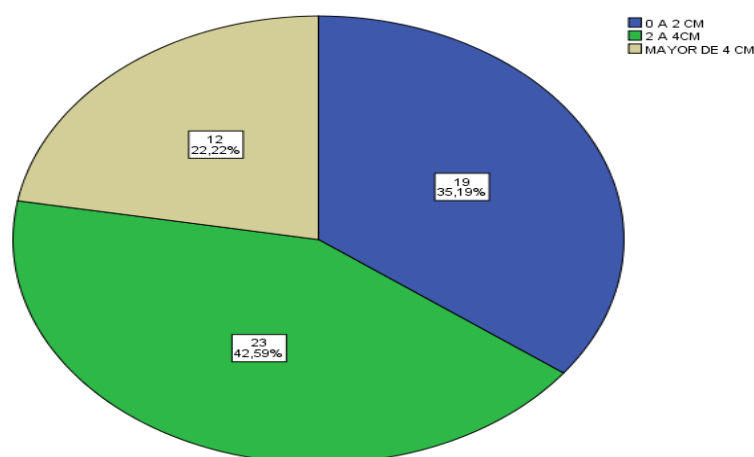
TABLA 6: TAMAÑO DE NÓDULO TIROIDEO POR RESULTADO HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES DE CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017.

TAMAÑO DE TUMOR	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 A 2 CM	19	35,2%
2 A 4CM	23	42,6%
MAYOR DE 4 CM	12	22,2%
TOTAL	54	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizado por el investigador.

GRÁFICO 5: TAMAÑO DE NÓDULO TIROIDEO POR RESULTADO HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES DE CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL PERIODO 2013 AL 2017.

TAMAÑO DE TUMOR POR HISTOPATOLOGIA.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

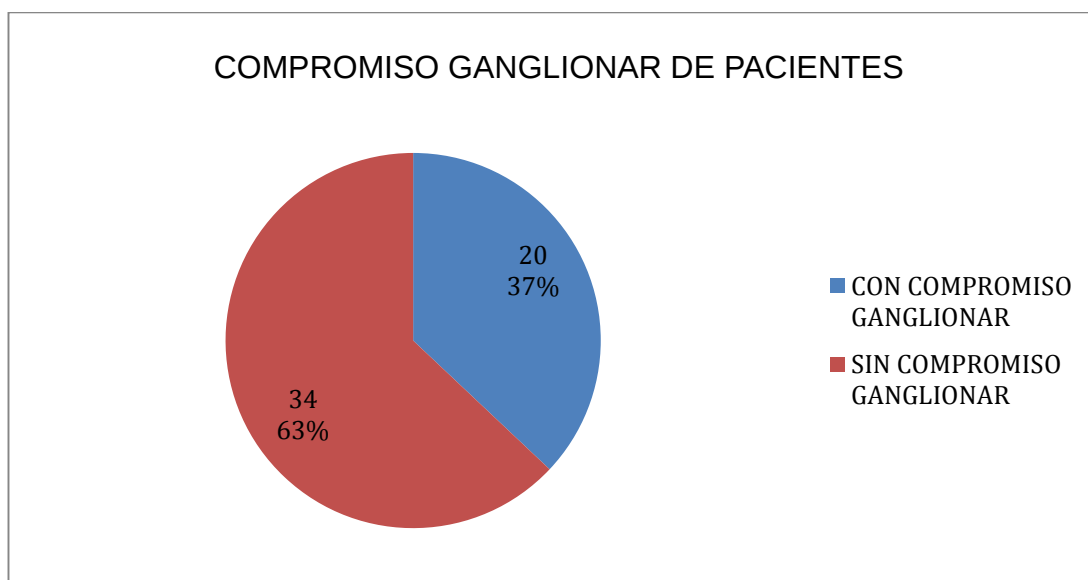
Interpretación: En cuanto a las características del tumor de la glándula tiroides, presentes en los pacientes motivo del estudio, se halló que un 35.2% (19) de pacientes presentaban un tumor menor de 2 cm, y el grupo predominante fue 2 a 4cm de tamaño del tumor con 42.6% (23) de los pacientes y encontrándose mayor de 4 cm en un 22.2% (12) de casos.

TABLA 7: COMPROMISO GANGLIONAR DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017.

COMPROMISO GANGLIONAR DE PACIENTES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CON COMPROMISO GANGLIONAR	20	37%
SIN COMPROMISO GANGLIONAR	34	63%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador

GRAFICO 6: COMPROMISO GANGLIONAR DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DEL 2013 AL 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

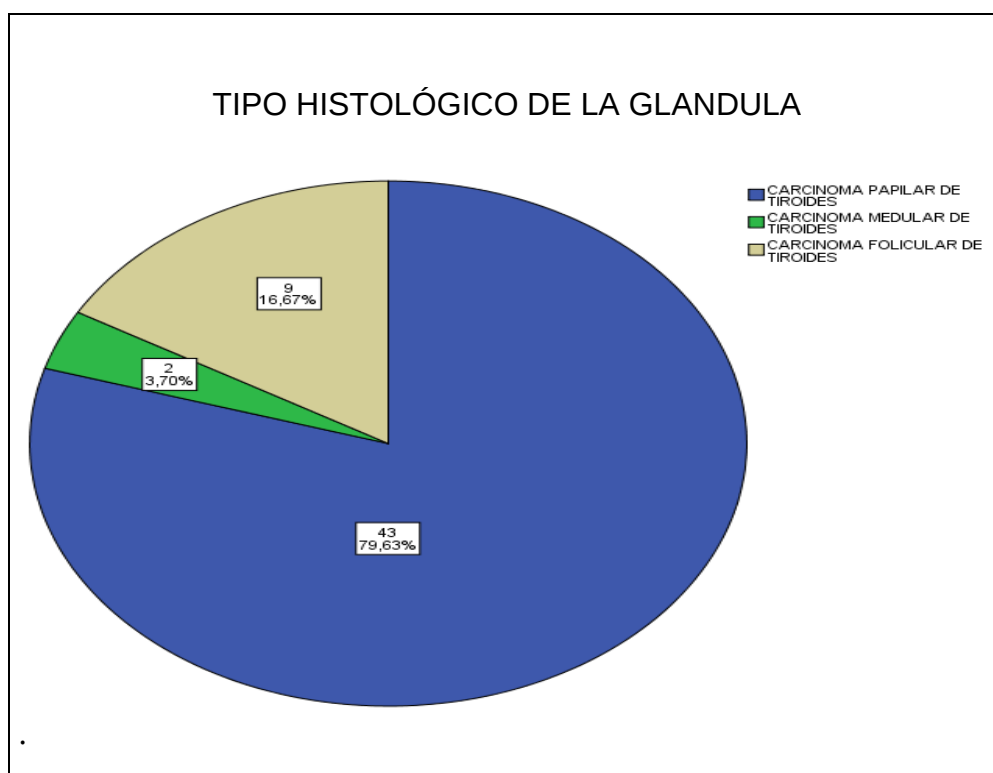
Interpretación: En la presente investigación observamos que del 100% (54) pacientes ,63% (34) pacientes no presentaron compromiso ganglionar y el 37% (20) pacientes si presentaron compromiso ganglionar.

TABLA 8: TIPO HISTOLÓGICO DE LA GLANDULA EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIDO 2013 AL 2017.

TIPO HISTOLÓGICO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES	43	79,6%
CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES	2	3,7%
CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES	9	16,7%
CARCINOMA ANAPLASICO	0	0%
TOTAL	54	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

GRÁFICO 7: TIPO HISTOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIDO 2013 AL 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

Interpretación: En el presente trabajo el 100% (45) de pacientes, el 79,6 % (43) pacientes presentan el tipo histológico de carcinoma papilar de tiroides, seguido del carcinoma folicular con 16,7% (9) pacientes, menos casos de carcinoma medular con 3,7% que equivale a dos pacientes y no se encontró pacientes con carcinoma anaplásico.

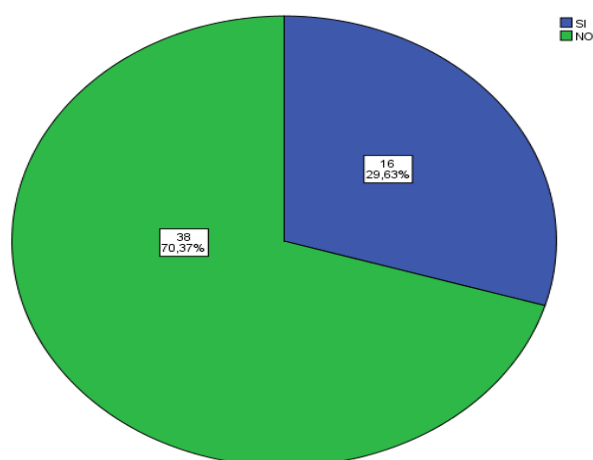
TABLA 9: TIROIDITIS EN PACIENTES CON CÁNCER CON TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIDO 2013 AL 2017.

TIROIDITIS EN PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CON PRESENCIA	16	29,6%
SIN PRESENCIA	38	70,4%
TOTAL	54	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

GRÁFICO 8. TIROIDITIS EN PACIENTES CON CÁNCER CON TIROIDES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2013 AL 2017.

TIROIDITIS EN PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES.



Fuente: Ficha de recolección de datos realizada por el investigador.

Interpretación: Se observa que del 100% de pacientes que son 54 casos. 70.4% de pacientes que hacen un numero de 38 pacientes no tiene evidencia de tiroiditis en la glándula tiroides estudiada en patología, mientras que 16 pacientes que equivale a un 29.6% tienen diagnóstico de tiroiditis coexistente con el tumor maligno dentro de la glándula tiroides.

4.2. DISCUSIÓN.

1. En relación con el género, el cáncer de tiroides es más frecuente en el sexo femenino en 90,7% (49) en nuestro estudio, encontrando concordancia con el hallado por Alma Catalina – Ojeda y Jorge Gómez que hallaron un 93% de mujeres¹.
2. En cuanto la edad nuestro estudio se mantiene en los niveles hallados en la región con un 68% (36) de pacientes mayores de 40 años, comparable con el estudio de M.V. Godoy Bravo que hallaron un 54,1% de los casos mayores de 40 años³.
3. Un hallazgo significativo de nuestro estudio es la alta incidencia de cáncer de tiroides en la región Cajamarca, con un total del 33,3% (18) de nuestros pacientes, a pesar de la escasa información de cáncer en el país ya existen reportes estadísticos del incremento de la incidencia del cáncer en esta región, según las publicaciones del 2013 por el INEN los casos registrados de cáncer por localización de departamentos y sexo en Cajamarca en cáncer de tiroides ocupa el sétimo lugar, más alta incidencia que en otros departamentos de la sierra de nuestro país⁵.
4. En nuestro grupo de estudio se encontró que el grupo predominante de tamaño de tumor fue 2 a 4 cm con 42.6% (23) de los pacientes y mayor de 4 cm en un 22.2%(12) de casos, en el estudio realizado por Carolina C. González y su equipo al clasificaron los Cánceres de Tiroides según el tamaño del nódulo tiroideos y su compromiso anatómico pudimos observar que el 70% eran >2cm y < 4 cm y de los mayores de 4 cm solo el 6% de los pacientes 6 con estos resultados nos damos cuenta que similitud con nuestro trabajo⁷.
5. La presencia de ganglios linfáticos en nuestros pacientes el 63%(34) pacientes no presentaba compromiso ganglionar y el 37%(20) pacientes si presentaba compromiso ganglionar comparado con el estudio de Larrea E. Y Turcios S señala que su estudio que el 52%

de pacientes de estudio si tenía metástasis ganglionar por lo cual no tiene relación con el porcentaje encontrados con nuestro estudio⁷.

6. En nuestro estudio podemos evidenciar que el carcinoma papilar representa un 79.6% (43) del total de nuestra población de estudio, frente al estudio realizado por Martín Granados y Alberto Mitsuo con un 80.3% de su población de estudio podemos decir que los resultados son casi coincidentes³.
7. En relación de la tiroiditis crónica con el cáncer de tiroides actualmente se encuentra en controversia, en nuestro estudio hemos hallado que el 29,6% (16) de pacientes operados de cáncer de tiroides que presenta esta patología, en el estudio de Manuel Montesinos y colaboradores encontraron que estuvieron asociados en un 13.4% del total de su población de estudio⁸.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES.

1. Se concluye que conocer las características epidemiológicas y las características anatomopatológicas es primordial para el tratamiento y factor pronóstico de los pacientes con cáncer de tiroides.
2. Se concluye en este estudio que el cáncer de tiroides puede darse en cual quiera etapa de la vida de los pacientes, pero predominantemente entre los 41 a 60 años de edad.
3. Se concluye que el género femenino la incidencia es más elevada a comparación del género masculino.
4. se llegó a la conclusión en este trabajo que según el lugar de procedencia de los pacientes, Cajamarca tiene el mayor número de incidencia, seguido por lima y Junín.
5. Se concluye que todos los pacientes con cáncer de tiroides tuvieron diferentes tamaños de nódulos tiroideos pero el que predominó fue de 2 a 4 cm.
6. la metástasis ganglionar se dio en menor número de pacientes al igual que otros estudios, quiere decir que el diagnóstico de este tipo de cáncer se hizo en etapas tempranas cuando el tumor aún se encontraba localizado.
7. Se concluye que el tipo histológico de carcinoma papilar en nuestro estudio predominó, frente al carcinoma folicular, carcinoma medular y carcinoma anaplásico quien en este último no encontramos ningún paciente con este tipo histológico.
8. Se concluye que el mayor número de pacientes con cáncer de tiroides no tenían tiroiditis por lo tanto podríamos decir que para nuestro estudio no es relevante el antecedente de tiroiditis, para este grupo de estudio.

5.2 RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda realizar estudios acerca de las características epidemiológicas y las características anatomopatológicas ya que la información es escueta a cerca de esta patología en el Perú y así contribuir en el estudio del comportamiento del cáncer de tiroides ya que es primordial para el tratamiento y factor pronóstico de estos pacientes.
2. Es importante el diagnóstico temprano del cáncer de tiroides predominantemente en mujeres por ser el grupo de mayor incidencia, por medio de la fomentación de la autoexploración de la glándula tiroidea, además se puede incluir la ecografía tiroidea como método diagnostico sencillo y económico.
3. La detección a temprana edad es primordial ya que así evitar complicaciones durante el tratamiento quirúrgico o medico en personas de avanzada edad.
4. Con respecto al lugar de procedencia de los pacientes recomendamos hacer investigaciones para determinar la causa del porque solo en algunos departamentos de la sierra y selva estadísticamente hay alta incidencia de casos, ya que actualmente no se cuenta con estudios para determinar la causa.
5. Se recomienda el estudio de nódulos tiroideos en etapas tempranas ya que así se evitara su crecimiento con el paso de los años
6. Se recomienda todos los análisis respectivos frente a la presencia o sospecha de ganglios para un diagnóstico temprano de la enfermedad y evitar la diseminación ganglionar porque van a influir en el tipo de tratamiento y su factor pronóstico de los pacientes.
7. Nos cuestionamos es porque el carcinoma papilar es más frecuente y menos agresivo a diferencia del carcinoma anaplásico que es poco frecuente pero su incidencia de mortalidad es alta, se requiere estudios adicionales para demostrar las causas de estas diferencias.

8. En el caso de la tiroiditis no está claro su influencia en el cáncer de tiroides por lo cual se recomienda realizar nuevos estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Vargas-Uricoechea H, Herrera Chaparro. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE TIROIDES, REVISTA DE MEDICINA. [Online].; 2012. Available from: revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/109-4.
2. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud r. Aumentan los casos de cáncer de tiroides en América Latina - France 24. [Online].; 2017. Available from: www.france24.com/es/20170924-cancer-tiroides-latinoamerica.
3. Revista Academia Nacional de Medicina. Cáncer de tiroides y registros poblacionales de cáncer, situación en Sudamérica. [Online].; 2012. Available from: <https://encolombia.com> › Revista Academia Nacional de Medicina › Academia M. 109.
4. Vidaurri-Ojeda AC, Gómez-Hernández J, Chávez-Hernández MM, González-Fondón A, Jiménez-Báez V. THYROID CANCER: CLINICAL CHARACTERIZATION AND CONSISTENCY OF DIAGNOSTIC TESTS. [Online].; 2016. Available from: salud.groo.gob.mx/revista/revistas/33/03/03.php.
5. García MG, Estrada Lobato E, Apodaca Cruz A. Cáncer Diferenciado de la Tiroides - Instituto Nacional de Cancerología. [Online].; 2009. Available from: incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541527.pdf.
6. Larrea Vivar E, Turcios Trista SE. Factores Asociados a la Recurrencia Tumoral en Mujeres con Carcinoma Diferenciado de Tiroides. [Online].; 2017. Available from: revistamedicahica.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/263/254.
7. Guzmán GE, Ángela Casas L, David Orrego J. Mutación BRAF V600E en pacientes con cáncer de tiroides. [Online].; 2017. Available from: revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/42.
8. Sosa DGB, Guerra Mesa J, Cassola Santana J. Cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (2006 – 2010). [Online].; 2015. Available from: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300002.
9. Pinto-Valdivia M, Ortiz-Torres M, Villena-Chávez J, Chian-García C. Cáncer anaplásico de tiroides reporte de caso. [Online].; 2012. Available from: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/./1006.
10. Manrique-Hurtado H, Pinto Valdivia M, Acosta-Chacaltana M. Enfermedad de Graves y cáncer de tiroides. Reporte de caso. [Online].; 2011. Available from: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018.
11. Oré J, Saavedra J. Patología quirúrgica de la glándula tiroides. [Online].; 2008. Available from: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832008000300007&script=sci.
12. Uribe AG, Murillo Moreno RH, Piñeros Petersen M, Aguilera López J. plan-nacional-control-

- cancer - Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2012. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.IA/.plan-nacional-control-cancer.pdf>.
13. American Cancer Society. El cáncer, el sexo y el cuerpo de la mujer. [Online].; 2015. Available from: <https://www.cancer.org/.sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer.html>.
 14. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Programa de Prevención y Control del Cáncer - Inei. [Online].; 2015. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.cap02.pdf.
 15. TESIS DOCTORAL CPH. Cáncer de Tiroides Parámetros diagnósticos correlación con parámetros analíticos. [Online].; 2015. Available from: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/.TD_PONCE_HERRERA_Cristina.pdf?.1.
 16. Dermott MM, W.de Yampey J, Gauna A. Impact of lymph node involvement on prognosis and outcome of papillary thyroid carcinoma. [Online].; 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0326461016300328>.

ANEXOS

ANEXO Nº 1: CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS
DEL CÁNCER DE TIROIDES EN PACIENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES DESDE EL 2013 AL 2017.

Variable	Características epidemiológicas de pacientes.				
Indicador	Nº de items	Nivel de medición	Categoría	Instrumento	% de items
Edad	1	Ordinal	1. 0 -20 años 2. 21 – 40 años 3. 41 – 60 años 4. 61 – más años	Ficha de recolección de datos	14.28%
Genero	1	Nominal	1.Masculino 2.femenino		14.28%
Lugar de procedencia	1	Nominal	1.Lima 2.Cajamarca 3.Junin 4.Huanuco 5.Apurimac 6.Piura 7.Amazonas 8.Anchash		14.28%
					42.84%

VARIABLE INDEPENDIENTE	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LA GLÁNDULA TIROIDEA DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES				
Indicador	No de items	Nivel de medición	categoría	instrumento	% de items
Tamaño de nódulo tiroideo	2	ordinal	1.0 – 2 cm 2.2 – 4 cm 3.Más de 4 cm	Ficha de recolección de datos.	14.28%
Paciente con antecedente de tiroiditis	2	nominal	1. Si 2. No		14.28%
Compromiso ganglionar de paciente	2	Nominal	1.Con compromiso 2.Sin compromiso		14.28%
					42.84%

VARIABLE	Cáncer de tiroides				
Indicador	Nº de items	Nivel de medición	Categoría	Instrumento	% de items
Tipos histológicos	2	Nominal	1.Carcinoma papilar de tiroides 2. Carcinoma medular de tiroides 3. Carcinoma folicular de tiroides 4.Carcinoma anaplásico	Ficha de recolección de datos.	14.28 %
					14.28%

ANEXO Nº 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER DE TIROIDES EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DESDE EL 2013 AL 2017.

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICOS.

Edad:

- a. 0 – 20 años. ☐
- b. 21 – 40 años. ☐
- c. 41 – 60 años. ☐
- d. 61 años a más. ☐

SEXO:

- a. Femenino. ☐
- b. Masculino. ☐

LUGAR DE PROCEDENCIA:

- a. Lima. ☐
- b. Cajamarca. ☐
- c. Junín. ☐
- d. Huánuco. ☐
- e. Apurímac. ☐
- f. Piura. ☐
- g. Amazonas. ☐
- h. Ancash. ☐

2. CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.

TAMAÑO DE TUMOR POR ECOGRAFÍA:

- a. 0 - 2 cm ☐

- b. 2 – 4 cm. ☐
- c. más de 4 cm. ☐
- d. ¿PACIENTE TIENE COMPROMISO GANGLIONAR?
- a. Con compromiso ganglionar. ☐
- b. sin compromiso ganglionar. ☐

¿PACIENTE TIENE ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO DE TIROIDITIS?

- a. S. ☐
- b. No. ☐

DIAGNÓSTICO ANATOMO PATOLÓGICO:

- a. Carcinoma papilar de tiroides. ☐
- b. Carcinoma medular de tiroides. ☐
- c. Carcinoma folicular de tiroides. ☐
- d. Carcinoma anaplásico. ☐

ANEXO Nº 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO.

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: SENNY MARIANELA ZAVALETA OLIVER.
 1.2 Cargo e institución donde labora: UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA.
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo ☒ Especialista ☐ Estadista ☐
 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
 1.5 Autor (a) del instrumento: DIAZ DIAZ YAGUELY.

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

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.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características epidemiológicas y anatomopatológicas.					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer sobre las características epidemiológicas y anatomopatológicas.					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva y retrospectiva.					95%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

..... APLICA (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

95%

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL V. TAYE
Jenny Zavala Caceres
Médico Intensiva
CMP 44480

Firma del Experto Informante

D.N.I. Nº 18050153

Teléfono 9858420430

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *BAZÁN RODRÍGUEZ EISI*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSJB*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo ☐ Especialista ☐ Estadista ☒
 1.4 Nombre del instrumento: *FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS*
 1.5 Autor (a) del instrumento: *Dr. J. J. Yagvel*

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

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.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría, sobre factores demográficos, antecedentes patológicos de la glándula tiroides					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer , factores de riesgo					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					85%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

85.0%

Lugar y Fecha: Lima, 01 febrero de 2018


EL SINDE M. BAZÁN RODRÍGUEZ
GOESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante

D.N.I Nº 19669383

Teléfono 222 414879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: PAULINO VÁSQUEZ CRISTIAN
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Sergio Bernales
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo ☐ Especialista ☒ Estadista ☐
 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
 1.5 Autor (a) del instrumento: DIAZ DIAZ JAQUELY.

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

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.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características epidemiológicas y anatomopatológicas del cáncer de tiroides					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer De las características epidemiológicas y anatomopatológicas del cáncer de tiroides					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación retrospectivo, descriptivo, no experimental.					95%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

95%

Lugar y Fecha: Lima, 03 Enero de 2018


Dr. Cristina Palomina Vásquez
CIRUJANO DE CABEZA, CUELLO
Y MAXILOFACIAL
CNP 20081 RNE 17193
Firma del Experto Informante
D.N.I N° 2.396.624
Teléfono 2.2.6.5.2.6606

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

TEMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE CÁNCER DE TIROIDES EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DESDE EL 2013 AL 2017.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
Nivel: Investigación no experimental. Tipo de Investigación: Se realizara un trabajo de investigación descriptivo, retrospectivo.	Población: Total de historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de lima - Perú que cumplan los requisitos:	Técnica: Se solicitó la autorización de la oficina capacitación del hospital Nacional Sergio E. Bernales a través de una carta de presentación redactada por la facultad de ciencias de salud de la universidad san juan Bautista para la ejecución del presente estudio. Obtenido el permiso se hizo la revisión de las 54 historias clínicas con diagnóstico de cáncer de tiroides en el servicio de cirugía de cabeza y cuello.	

Alcance: Local. Diseño: Descriptivo, retrospectivo y transversal.	Requisitos de inclusión: -Diagnóstico de cáncer de tiroides post tiroidectomía. -Pacientes del género masculino y femenino. -Pacientes de todas las edades. Criterios de exclusión: -Historias clínicas incompletas. Muestra: Muestreo no probabilístico por conveniencia: se tomó el 100% de las historias clínicas, lo que corresponde a 54 pacientes con diagnóstico de	Instrumentos: Para el cumplimiento de los objetivos se utilizará una ficha de recolección de datos revisado y validado por expertos.
---	---	---

	cáncer de tiroides en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo 2013 al 2017.	
--	--	--

