



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA DE NUTRICIÓN

“CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES DE
RECIENTE DIAGNOSTICO DE CÁNCER, ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE
EN UN CENTRO DE PREVENCIÓN NACIONAL”

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición

AUTORA:

Arismendi Larriega, Patricia Esthefani

ASESOR:

Dr. Gallardo Vallejo, Duber

JURADOS:

Dr. Cerna Iparraguirre, Fernando

Dr. Panzera Gordillo, Dante

Dr. Sandoval Diaz, Wilder

Lic. Vilchez Dávila, Walter

LIMA - PERÚ
2019

Dedicatoria

A Dios, por la hermosa historia que has hecho y haces conmigo cada día, por siempre estar para mí, por señalarme el camino siempre y por demostrarme tu amor en los momentos más difíciles.

A mi Madre, María, por tu apoyo y a enseñarme a no rendirme nunca, por todas esas amanecidas conmigo alentándome a seguir y nunca olvidar lo que es más importante. Gracias mamá por creer en mí y en mis metas.

A mi Padre, Jesús, por tu apoyo y confianza puesta en mí para que sea una profesional.

A mis hermanos, María Victoria y Jesús, por su comprensión, consejos y ayuda durante estos 5 años y en el transcurso de toda mi vida.

A mis sobrinos: Gustavo, Francisco, Alejandro, Lucía y Josué, por ser mi motivación para salir adelante y ser un ejemplo para ustedes.

A mi Abuela, Mamita Ynés, por tus consejos y tus jaladas de oreja para que pise tierra cada día y para que no quite la mirada de las metas que tengo.

Los Amo mucho.

Agradecimientos

A mis familiares por su apoyo, consejos, palabras de ánimo y porque siempre creyeron en mí.

A mis Maestros, por inspirarme a ser mejor cada día y motivarme a esforzarme para lograr ser una profesional de bien. Y por ayudarme a que me enamore de esta hermosa carrera.

A mi Hermosa Universidad Nacional Federico Villarreal. Por darme la oportunidad de ser profesional.

A la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, por apostar por mi y permitirme ser parte de su hermosa familia.

A mis amigos de la Universidad, gracias por mostrarme la amistad sincera y desinteresada, sé que sin ustedes no hubiera sido lo mismo. A mis hermosas ANGIES, gracias por todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos de la hasta ahora la 6ta comunidad del Camino Neo catecumenal de la Parroquia San Pedro Nolasco - Ventanilla, por ayudarme y siempre animarme, gracias por sus oraciones y por todo el amor que siempre me demuestran. Gracias por siempre corregirme y decirme la verdad con amor.

Gracias a todos que en el transcurso de estos años me hicieron daño y me decían que no iba a poder, porque gracias a ustedes y con la ayuda de Dios soy más fuerte y ahora puedo decir “Lo Hice!”.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
I. Introducción	6
1.1. Descripción y formulación del problema	7
1.2. Antecedentes bibliográficos:	8
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación e Importancia	12
II. Marco teórico	14
III. Método	23
3.1. Tipo estudio y diseño de investigación.	23
3.2. Ámbito temporal y espacial:	23
3.3. Variables:	23
3.4. Población de Estudio.	24
3.5. Instrumentos:	26
3.6. Análisis de datos	26
IV. Resultados.....	27
V. Discusión de resultados	34
VI. Conclusiones.....	36
VII. Recomendaciones.....	37
VIII. Referencias	38
IX. Anexos.....	43

Caracterización del Estado Nutricional en Pacientes de reciente Diagnostico de Cáncer, atendidos ambulatoriamente en un Centro de Prevención Nacional

Arismendi Larriega, Patricia Esthefani

Resumen

Objetivo: Caracterizar el Estado Nutricional en Pacientes con Diagnostico reciente de Cáncer, atendidos ambulatoriamente en un Centro de Prevención Nacional durante los meses de Agosto a Noviembre del 2018. Diseño: estudio Descriptivo, Retrospectivo y Trasversal. Muestra: Se recolecto datos de 36 mujeres con Diagnostico reciente de Cáncer. Metodología: se recolecto las variables de la Base de datos del Centro Preventorio, sexo, edad, IMC y diagnóstico de Cáncer. El IMC fue realizado por la institución antes del Diagnóstico definitivo. Resultados: Según el IMC y el tipo de Cáncer se encontró que, el Cáncer de Mama (n=18) y el Cáncer de Tiroides (n=3) están relacionados con el Sobrepeso (33% y 67% respectivamente) y la Obesidad (28% y 33% respectivamente), y el Cáncer de Órganos Genitales Femeninos (n=15) están relacionados con la obesidad (40%). Conclusiones: si bien se encontró relación entre el IMC alto y el desarrollo de Cáncer, se recomienda realizar más investigaciones.

Palabras Clave: IMC, Estado Nutricional, Cáncer de Mama, Cáncer de Tiroides, Cáncer de Cuello Uterino.

Abstract

Objective: To characterize the Nutritional Status in Patients with Recent Cancer Diagnosis, attended ambulatory in a National Prevention Center during the months of August to November of 2018. **Design:** Descriptive, Retrospective and Cross-sectional study. **Sample:** Data was collected from 36 women with recent Cancer Diagnosis. **Methodology:** variables were collected from the Preventory Center Database, sex, age, BMI and cancer diagnosis. The BMI was made by the institution before the final diagnosis. **Results:** According to the BMI and the type of Cancer it was found that, Breast Cancer (n = 18) and Thyroid Cancer (n = 3) are related to Overweight (33% and 67% respectively) and Obesity (28% and 33% respectively), and Cancer of Female Genital Organs (n = 15) are related to obesity (40%). **Conclusions:** although a relationship was found between high BMI and the development of cancer, further research is recommended.

Key Words: BMI, Nutritional Status, Breast Cancer, Thyroid Cancer, Cervical Cancer.

I. Introducción

El Cáncer es un problema de Salud Pública. Según el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en Lima Metropolitana, durante el periodo de 2010-2012, fueron identificados 25.888 decesos a causa de esta neoplasia.

El Cáncer, tiene múltiples factores de riesgo, entre ellos, los hábitos alimentarios. Según la Organización Mundial de la Salud OMS, el 30% de los casos de Cáncer se pueden prevenir con una Alimentación Saludable.

En el Perú, existen pruebas de tamizaje y diagnóstico temprano para la identificación de lesiones pre-cancerosas; sin embargo, es necesario contar con herramientas de diagnóstico temprano, especialmente a nivel de estudios de Factores Dietéticos y Antropométricos – Estado Nutricional para su intervención temprana. La mortalidad se puede reducir si los casos se detectan y se tratan a tiempo.

Es importante explorar, y de ser el caso, identificar los factores de riesgo para esta patología, así también conocer el Estado Nutricional condicionante a la presencia/ausencia de Cáncer. Proponer alternativas de prevención, respecto a la carencia de conocimientos sobre Alimentación y Nutrición para la prevención de Cáncer, es de vital trascendencia, para complementar las pruebas de tamizaje brindadas por instituciones comprometidas con la detección y prevención de Cáncer, como la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer.

En el Perú, pocas son los esfuerzos e investigaciones respecto a la Caracterización de Factores Antropométricos condicionantes a la presencia de Cáncer, siendo inevitable realizar la presente investigación.

1.1. Descripción y formulación del problema

La presencia de Cáncer afecta desproporcionadamente a personas en países en vías de desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados.

Son pocas las estrategias implementadas para la prevención desde el punto de vista de caracterización de Estado Nutricional respecto al desarrollo de Cáncer. Sabemos por la literatura que los Hábitos Alimenticios y el Estado Nutricional tienen una participación muy importante en la prevención de cáncer, por lo que, la caracterización e identificación de estos permitirá brindar estrategias de Educación Alimentaria-Nutricional a la población con información específica en estadios tempranos de esta patología.

Por lo cual, se propone la siguiente interrogante: ¿Cuál es la Caracterización del Estado Nutricional en pacientes con diagnóstico reciente de Cáncer atendidos ambulatoriamente en un centro de prevención nacional durante los meses de Agosto y Diciembre del 2018?

1.2. Antecedentes bibliográficos:

Zhang, M. y Col. (2019). En un estudio realizado con pacientes del Instituto y Hospital de Cáncer de la Universidad Médica de Tianjin, en donde se buscó relación entre el IMC/ Diabetes con el pronóstico de Cáncer de Mama Bilateral. El análisis de supervivencia indicó que un IMC alto, complicado por la diabetes y el receptor de estrógeno negativo, disminuyó significativamente la tasa de supervivencia de la paciente con Cáncer de Mama.

Huang, X. y Col (2018) realizaron un análisis de datos clínicos de una población diagnosticada con cáncer. Donde se observó que el Índice de Masa Corporal (IMC) alto se asoció con la incidencia de cáncer.

Khalis, M. y Col. (2018). En un estudio de casos y controles en una población de femenina de marruecos, donde se evaluó el índice de estilo de Vida Saludable y el Riesgo de Cáncer de Mama, se encontró que las mayores puntuaciones del Índice de Estilo de Vida Saludable estaban relacionadas con un bajo riesgo de desarrollo de Cáncer de Mama en las mujeres marroquíes. Para el análisis del Índice de Estilo de Vida Saludable se incluyó factores entre ellos al IMC, al consumo de alcohol, al consumo de carne roja, carne blanca, pescado, verduras y frutas, y a la lactancia materna.

Toklu H.; Nogay, NH. (2018). En un estudio de casos y controles realizado en el Centro de tratamiento diurno de Oncología en Turquía, en donde se buscó los efectos de los hábitos alimentarios y el estilo de vida sedentario en el riesgo de cáncer de mama. Se encontró que el IMC en la edad de la menopausia fue mayor en el grupo de casos y este se relacionó con el mayor riesgo de desarrollo de Cáncer de Mama.

Iyengar, N. y Col. (2018). En un estudio realizado a 3460 mujeres con IMC normal, donde se buscó la asociación de la grasa corporal y el riesgo de Cáncer de

Mama. En el cual se encontró que en las mujeres posmenopáusicas con IMC normal y con niveles relativamente altos de grasa corporal total se relacionó con un alto riesgo de desarrollar Cáncer de Mama invasivo.

Shin, H.; Jee, Y. y Cho, E. (2017). En un estudio realizado en una población coreana. En donde se estudiaron los factores de riesgo relacionados al Cáncer de Tiroides. Entre sus hallazgos se encontró una asociación positiva entre el IMC alto y la incidencia de Cáncer de Tiroides en hombres y mujeres menores de 50 años.

Suzuki, Y; y Col. (2017). En un estudio realizado a una población femenina japonesa, evaluó la obesidad a través del Índice de Masa Corporal, circunferencia abdominal al ingreso de la investigación y HbA1c al ingreso de la investigación. Los resultados de este estudio indicaron que en las mujeres postmenopáusicas cuyo IMC aumento tuvieron más probabilidades de desarrollar Cáncer de Mama, las mujeres posmenopáusicas con un AC mayor o igual que 90 cm tuvieron una probabilidad mayor de desarrollar Cáncer de Mama que las mujeres que tenían un AC menor a 70 cm. Por lo tanto se concluyó que la Incidencia de Cáncer de Mama y la Obesidad están relacionadas positivamente en las mujeres asiáticas posmenopáusicas.

Jenabi, E.; Poorolajal, J. (2016), realizaron un meta análisis en el cual se buscó la asociación entre el Índice de Masa Corporal y el riesgo de Cáncer Cervical. Los resultados de este estudio indicaron que el Sobrepeso no se asocia con un mayor riesgo de Cáncer Cervical, sin embargo hallaron que la obesidad se encuentra relacionada débilmente con un mayor riesgo de Cáncer Cervical.

Baldur-Felskov, B.: Mwaiselage, J y Col. (2015), a través de un meta análisis describieron los factores asociados a una lesión de alto grado en la citología. En este estudio se encontró que el Índice de Masa Corporal (IMC) bajo, se encontraba relacionado con un mayor riesgo de citología de alto grado, mientras un IMC bajo se

relacionó con un bajo riesgo de positividad en el IVA. También plantearon que aún se necesitan más investigaciones sobre este tema.

Un meta análisis realizado por Jenabi,E.; Poorolajal, J. en el 2015, analizaron el efecto del Índice de Masa Muscular sobre el Cáncer de Endometrio. En los resultados de este estudio se encontró que el IMC está fuertemente asociado con el desarrollo de Cáncer de Endometrio.

Stansifer, K. y Col. (2015). En estudio de casos y controles realizado en 722 personas, se evaluó la asociación de los factores de riesgo modificables con el Cáncer de Tiroides, no se encontró una asociación entre el Índice de Masa Corporal (IMC), consumo de alcohol y consumo de Tabaco, y el Cáncer de Tiroides.

Schmid, D. y Col. (2015). En un Meta análisis realizado por investigadores alemanes, en donde se revisaron veintiún artículos que entre sus variables se encontraban el estado nutricional antropométrico y el riesgo de Cáncer de Tiroides. Encontraron un riesgo más alto de Cáncer de Tiroides en sujetos que presentaban sobrepeso, y un riesgo mucho más alto de Cáncer de Tiroides en sujetos que presentaban Obesidad en comparación con la muestra que presentaba un peso Normal. Evaluaron también por tipo histológico y se encontró que la Obesidad estaba relacionada de manera positiva con los cánceres papilar, folicular y anaplásico de tiroides, mientras que reveló una asociación inversa con el cáncer medular de tiroides.

Navarro y Col. (2011), en un estudio desarrollado en la Clínica de Displasias del Hospital Regional de Ciudad Guzmán, en Jalisco, México, determinaron que la Obesidad podría considerarse como un factor de riesgo en el desarrollo de Displasia Cérvico Uterina. Evaluaron a 44 mujeres quienes presentaron infección por el Virus del Papiloma Humano, y también se caracterizaban por la presencia sobrepeso y obesidad.

León G. y Col. (2004) estudiaron los mecanismos moleculares de los factores asociados al Cáncer de Cuello Uterino entre estos, encontrando que la Dieta y el Estado Nutricional influyen en la progresión de la infección por VPH.

1.3. Objetivos

- **Objetivo General.**

Caracterizar el Estado Nutricional en Pacientes con Diagnóstico reciente de Cáncer, atendidos ambulatoriamente en un Centro de Prevención Nacional.

- **Objetivos Específicos.**

Conocer el Estado Nutricional de los pacientes atendidos ambulatoriamente con Diagnóstico reciente de Cáncer a través del IMC (Índice de Masa Corporal).

Contribuir a identificar la importancia del IMC en los individuos y su relación con los diferentes tipos de cáncer.

Obtener una estadística de la relación entre el índice de Masa corporal y los diferentes tipos de cáncer.

1.4. Justificación e Importancia

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados. (MINSA, 2013)

Según la Organización Panamericana de la salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentara de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030 por efecto

del envejecimiento poblacional y por cambio de los estilos de vida.

Los tipos de cáncer más frecuentes en el Perú son el de cérvix, estomago, mama, piel y próstata. Es posible realizar pruebas de despistaje en la mayoría de estos casos mencionados. Las intervenciones destinadas a la detección han demostrado ser costo-efectivas para reducir la morbimortalidad por cáncer. (INEI, 2016)

En vista de ello, es importante identificar el Estado Nutricional Antropométrico como un factor de riesgo para el desarrollo de Cáncer, y así disponer de recomendaciones sobre la alimentación para la prevención de esta patología, el cual es un problema de salud pública.

II. Marco teórico

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

Cáncer de mama.

El Cáncer de Mama es un proceso Oncológico en donde las células sanas de la Glándula Mamaria se degeneran y se transforman en Células Tumorales, las cuales se proliferan, se multiplican y forman un tumor (ACV, 2011).

Actualmente, se conocen más aspectos biológicos y genéticos de las células que originan el cáncer de mama. Este conocimiento permite planificar los tratamientos en función de estas características biológicas, que son responsables de los distintos comportamientos de la enfermedad. Según estas particularidades, podemos conocer la mayor o menor tendencia a la recaída, a la diseminación o a la mayor o menor sensibilidad a diferente tipos de tratamiento (quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia y anticuerpos monoclonales) (ACV, 2011).

Tipos de Cáncer de Mama

Según el grado de Invasión:

In Situ: cuando el tumor se encuentra dentro de los conductos Galactoforos que conducen la leche al Pezon.

Infiltrante: Cuando el Tumor rompe los conductos Galactoforos e invade la grasa de la Mama que rodea el conducto. Las células pueden llegar a los pequeños vasos linfáticos y sanguíneos de la mama.

Según el lugar donde se origina el tumor y el aspecto de las células que toman:

Lobular: Se originan en las Glándulas que fabrican leche.

Ductal: Cuando se evidencia presencia de células anormales en el revestimiento de los conductos de la Mama.

Medular: Cuando las Células cancerosas se encuentran agrupadas.

Coloide: Es un tipo de Carcinoma Ductal Infiltrante.

Tubular: Es un tipo de Carcinoma Ductal Infiltrado.

Inflamatorio: Cuando las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos de la piel produciendo una inflamación de la Mama.

En la fase inicial de la enfermedad, cuando el tumor es muy pequeño, no se evidencia ninguna sintomatología, a esto se le denomina la Fase Preclínica. La sintomatología del Cáncer de Mama se da transcurrido el tiempo. La presencia de un nódulo que puede ser doloroso o no es uno de los síntomas más frecuentes. Cuando el tumor es mas grande puede manifestarse como irregularidades en el contorno de la Mama, retracción de Pezón, falta de movilidad de la Mama y Piel de Naranja (enrojecimiento en la piel) o úlceras (Asociación Española de Cáncer, 2014).

La presencia de un líquido seroso (telorrea) o sanguinolento (Telorragia) por el Pezon son unas de las manifestaciones menos frecuentes.

Entre los factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad tenemos a:

Edad: aunque el Cáncer de Mama puede afectar a cualquier mujer, el riesgo de padecerlo aumenta con la edad y la mayor incidencia se encuentra de 50 a 65 años.

Factores Hormonales: como la Menstruación precoz y Menopausia Tardía. La ausencia de Embarazos como también los Embarazos Tardíos (después de los 30 años).

Antecedentes Familiares de Cáncer de Mama.

Tener una Mastopatía de riesgo

Consumo de Tabaco y Alcohol.

Malnutrición: Estudios recientes demuestran que una dieta equilibrada rica en fibra (fruta, verduras, cereales) y la realización de ejercicio físico de forma regular ayudan a proteger contra enfermedades cardiovasculares, la obesidad y diversos tipos de cáncer.

(Asociación Española de Cáncer, 2014).

Virus del papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus que puede infectar la piel y las mucosas. Se han identificado 200 tipos diferentes, y de ellos unos 40 que son capaces de infectar la mucosa genital y anal de ambos sexos. Los VPH mucosales se subdividen en:

a) Virus de alto riesgo u oncogénicos, por su capacidad de desarrollar lesiones precursoras de cáncer y cáncer. Dentro de esta tenemos a los tipos 16 y 18 los cuales son los más importantes ya que son responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino. b) Virus de bajo riesgo, que no están relacionados con cáncer pero causan lesiones benignas. (AEPCC, 2016).

El ciclo del VPH está ligado al crecimiento y diferenciación celular infectando a las células de las membranas basales del epitelio, donde inicia la transcripción de sus genes. La forma en el que el VPH alcanza las células de la parte baja del epitelio es a través de micro heridas, lesiones y abrasiones del tejido. (Sanabria, 2009).

La mayoría de mujeres tienen el virus saliente (no presenta síntomas) que puede permanecer por muchos años hasta que el sistema inmune consigue eliminarlo. Por tanto, la mayoría de mujeres tiene una infección transitoria que no supone riesgo alguno. En general, estas infecciones pasan desapercibidas durante los primeros estadios. (AEPCC, 2016).

La Organización mundial de la Salud (OMS) en 2017 emitió un artículo en su página principal en donde afirmaba “Aunque la mayor parte de las infecciones por VPH no provocan síntomas, la infección genital por VPH persistente puede causar Cáncer de Cuello de Útero en las mujeres. Prácticamente todos los casos de Cáncer de Cuello de Útero (el 99%) están vinculados con la infección genital por el VPH, que es la infección vírica más común del aparato reproductor.”

Actualmente, existen pruebas que pueden ayudar a detectar el virus del VPH que puede derivar en Cáncer de Cuello de Útero. El diagnóstico oportuno se usa como único vehículo para realizar un tratamiento inmediato, así mismo reducir la mortalidad.

Identificación de lesiones pre cancerosas

Entre los estudios para el diagnóstico de VPH de Alto Riesgo, se encuentra el Papanicolaou como método de tamizaje en programas a nivel mundial (Vásquez, Rotela, Ortiz, 2017), prueba sencilla indolora, que no necesita preparación previa; en donde se extrae una muestra de las células que recubren el cuello del útero con la ayuda de un cepillo o espátula. Posteriormente son analizadas en un microscopio. (AEPCC, 2016).

Entre las pruebas de sospecha de infección viral estarían la inspección visual del cuello con ácido acético al 5 % (IVA). Las infecciones virales en las células del epitelio celular producen proteínas en exceso que pueden ser coaguladas reversiblemente por el ácido acético. (Sanabria, 2009). Por ello, se ha implementado como parte del tamizaje para la detección de lesiones de bajo y alto grado.

En mujeres con resultados anormales en la citología deben ser evaluadas mediante los siguientes estudios:

Colposcopia: consiste en explorar el cuello del útero con un lente de bajo aumento llamado también colposcopio. Se agregan ciertos líquidos para que la lesión se pronuncie y así analizarla con mejor precisión.

Biopsia del Cuello del útero: Prueba de diagnóstico definitivo ante la presencia de una lesión pre-cancerígena. Esta prueba se realiza cuando en la colposcopia se visualiza alguna alteración en el cuello del útero sugestiva a una lesión. (AEPCC, 2016).

Displasia cérvico uterina

El Ministerio de Salud (2017) afirma que el Cáncer Cervical se desarrolla con más frecuencia después de los 40 años, con picos en torno a los 50 años.

La Neoplasia Cérvico Uterina es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres de hoy en día, pues constituye una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo. Se estima que la prevalencia de infecciones por el virus del VPH es de 10.4 %. Globalmente la infección por el virus del VPH es más frecuente en las mujeres menores de 35 años. (MINSA, 2017).

Gower (2007), define a la Displasia Cérvico Uterina como la presencia de células anormales en el Cuello Uterino, considerándola como una lesión precancerosa.

Si bien la infección por el VPH es necesaria para el desencadenamiento de las lesiones cervicales de mayor severidad, no es suficiente. Otros factores del hospedero; genética e inmunodepresión y la presencia de otros co-carcinógenos, juegan papel fundamentalmente en su desarrollo. (Sanabria, 2009).

En la mayoría de casos, nuestro Sistema Inmune es capaz de resolver la Displasia Cérvico Uterino por sí mismo o las células anormales crecen muy lentamente.

Antes de progresar a Carcinoma Invasor, la Displasia según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas, se categoriza en tres grupos:

Neoplasia Intraepitelial de Bajo Grado (NIC I), y

Neoplasia Intraepitelial de Alto Grado (NIC II, III). (Sellors y Sankaranarayanan, 2003).

La displasia severa generalmente es detectable hasta 10 años antes de que se desarrolle cáncer, con una tasa pico de displasia a los 35 años.

Cáncer de tiroides:

La Tiroides es un Glándula endocrina, que se localiza en la parte anterior del cuello, por debajo y delante de la Tráquea. Esta glándula está formada por dos lóbulos derecho e izquierdo, unidos por el istmo.

La Glándula tiroidea tiene dos tipos de células, de cada una de ellas puede derivarse un tipo de Cáncer: (Asociación Española contra el Cáncer, 2018).

Las Células Foliculares: estas células son las encargadas de usar el yodo de la sangre para la producción de la Hormona Tiroidea, la cual ayuda a regular el metabolismo de la persona.

La cantidad de Hormona Tiroidea segregada es regulada por la glándula Pituitaria, en la base del cerebro, la cual produce la Hormona estimulante de la Tiroides (THS).

Las células C: Llamadas también células parafoliculares, las cuales son las encargadas de producir la calcitonina, una hormona que ayuda a regular el uso de calcio por el cuerpo. (American Cancer Society, 2013).

En el tiroides pueden aparecer bultos o nódulos, que pueden corresponder a tumores benignos (o no cancerosos) o malignos (cancerosos). La mayoría de los tumores del tiroides son tumores benignos.

Tipos de Cáncer:

Cáncer papilar de tiroides.

El cáncer papilar es el tipo más común, constituyendo aproximadamente el 70-80% de todos los cánceres de tiroides. Este tipo de Cáncer puede ocurrir a cualquier edad. Se caracteriza por que suele crecer lentamente y con frecuencia se extiende a los ganglios linfáticos del cuello.

Sin embargo, a diferencia de otros tipos de cáncer, el cáncer papilar tiene un pronóstico excelente, aun cuando se haya extendido a los ganglios linfáticos.

Cáncer folicular de tiroides

Los cánceres foliculares constituyen aproximadamente el 10-15% de los cánceres de tiroides en los Estados Unidos. El cáncer folicular se puede extender a los ganglios linfáticos en el cuello, pero esto es mucho menos común que con el cáncer papilar. El cáncer folicular tiene más probabilidad que el papilar de extenderse a otros órganos, particularmente los pulmones y los huesos.

Los cánceres papilares y foliculares también se conocen como Cáncer de Tiroides bien Diferenciados (CTD).

Cáncer anaplásico de tiroides.

Este tipo de cáncer es el más avanzado y agresivo, y también, el menos probable de que responda a tratamiento. El cáncer anaplásico de tiroides es muy raro y se encuentra en menos del 2% de los pacientes con cáncer de tiroides.

(American Thyroid Association, 2017).

Estado nutricional

El Instituto Nacional del Cáncer define el Estado Nutricional como la relación del estado de salud de la persona con los nutrientes de su régimen de alimentación. Este se puede determinar a través del Índice de Masa Corporal (IMC), El cual se calcula dividiendo el peso de una persona (en kilogramos) por el cuadrado de la estatura (en metros) (comúnmente expresado en kg/m²).

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Bajo Peso	< 18.50
Delgadez severa	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obeso (riesgo)	25.00 - 29.99
Obeso	≥ 30.00
Obeso tipo I (riesgo moderado)	30.00 - 34.99
Obeso tipo II (riesgo severo)	35.00 - 39.99
Obeso tipo III (riesgo muy severo)	≥ 40.00

Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2018

La obesidad es un estado en el que la persona tiene una cantidad o distribución no sana de grasa en el cuerpo. El IMC proporciona una medida más exacta de la obesidad que el peso solo, y para la mayoría de la gente es un indicador muy bueno (aunque indirecto) de la grasa corporal.

Otras mediciones que reflejan la distribución de la grasa corporal, es decir, si la grasa se acumula alrededor de las caderas o del abdomen, se usan cada vez más junto con el IMC como indicadores de obesidad y riesgos de enfermedad. Entre estas mediciones se incluyen la circunferencia de la cintura.

III. Método

3.1. Tipo estudio y diseño de investigación.

El presente estudio es de tipo Descriptivo, Retrospectivo y Transversal, el que nos permitió describir y documentar características del Estado Nutricional.

Descriptivo: Debido a que se trabaja sobre hechos y sus características.

Retrospectivo: Debido a que se recopiló información de hechos que ocurrieron.

Transversal: Puesto que la unidad de muestra se consideró en una sola oportunidad y en un segmento de tiempo durante los meses de Agosto a Noviembre del 2018.

3.2. Ámbito temporal y espacial:

- **Ámbito temporal:** El estudio se realizó de Agosto a Noviembre del 2018.
- **Ámbito Espacial:** El estudio se realizó en el Centro de Prevención Nacional de la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer – Sede Pueblo Libre.

3.3. Variables:

Variable	Definición operacional	Tipo de variable/ indicador	Escala de medición	Valores de medición
Cáncer	Se determinó por revisión de historia clínica.	Cualitativa dicotómica / resultado de la biopsia	Nominal	Si presenta cáncer No presenta cáncer

Estado nutricional	Se determinó mediante el cálculo del imc del o la paciente	Cualitativa / Imc	De razón	Delgadez: imc<18.5 Normal: imc 18.5-<25 Sobrepeso: imc 25- <30 Obeso: imc 30 a +
---------------------------	--	-------------------	----------	---

3.4.Población de Estudio.

Nuestra población de estudio fueron usuarios, que asisten a la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, que se realizaron una evaluación de Despistaje de Riesgo de Cáncer General y posterior al resultado se realizaron una Biopsia para confirmación del Diagnostico positivo de Cáncer, así también se realizaron un Triaje Nutricional y Valoración del Estado Nutricional a partir del IMC. En ese sentido, nuestro procedimiento para el presente estudio fue la recolección de datos ya registrados por la Institución.

Los datos recolectados corresponden a los Diagnósticos recientes de Cáncer y Estado Nutricional, motivo de la presente investigación.

Cabe mencionar que todas las personas que asisten a la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, firman previamente un consentimiento informado en Aprobación al uso de la Data de manera confidencial.

Criterios de inclusión

- Usuarios que al momento de evaluación hayan sido mayores de 18 años.
- Usuarios que hayan brindado su consentimiento Informado, a la Institución y registrado en la historia clínica aceptando a posterior el uso de los datos para investigaciones futuras.
- Usuarios con una medición del Índice de Masa Corporal hasta 42 días antes de su

diagnóstico definitivo.

- Historias Clínicas, sin diagnóstico previo de Cáncer.
- Usuarios de nacionalidad Peruana.

Criterios de Exclusión

- Usuarios con impedimento legal que les permita en el uso de sus facultades brindar su asentamiento y consentimiento para las atenciones brindadas.
- Usuarios con Diagnóstico previo de Cáncer.
- Historias Clínicas que cuenten con datos de recolección incompletos, en el mismo mes de estudio.

3.5. Instrumentos:

El presente estudio, se abocó a pacientes ambulatorios que previos a su atención, firman un consentimiento informado para la recolección y registro de sus Datos de Salud con fines de investigación y estudio a futuro, una vez finalizada la atención.

Se solicitó la autorización al Departamento de Investigación y Procesos, de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer para la utilización la Base de Datos referidos al Diagnóstico de Cáncer y Triage Nutricional, considerando las distinciones ya mencionadas en los criterios de inclusión y exclusión.

La presente investigación empleó una Base de Datos Anónima y Codificada, al cual solo tuvo acceso el investigador y personal de la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, lo cual garantizó la seguridad y protección de datos de las historias clínicas empleadas.

Se realizó las siguientes evaluaciones a la población en estudio.

Variables	Técnica de Recolección de Datos	Tipo de Instrumento
Cáncer	Registro	Historia Clínica
Estado Nutricional	Registro	Historia Clínica (Triage Nutricional)

3.6. Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa SPSS y se analizó los estadísticos

Descriptivos para cada una de las variables.

IV. Resultados

Características de la Población

La población de estudio estuvo constituida por 581 mujeres atendidas en la sede de Pueblo Libre de la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer durante los meses de Agosto hasta Noviembre del 2018. De las cuales 36 mujeres presentaron Diagnóstico de Cáncer (Tabla 1).

Tabla 1:
Distribución de la Población de Usuarios según Diagnósticos.

		Cáncer	Pre cáncer	No Cáncer	Total
Sexo	Femenino	36	243	302	581
	Masculino	0	0	0	0
	Total	36	243	302	581

(Fuente: Elaboración Propia)

Se puede apreciar que no se encontraron pacientes varones, esto se puede deber a que en la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer tienen más concurrencia de mujeres ya que no existía, en el momento de recolección de datos, el Despistaje de Cáncer en Varones.

La edad promedio en las mujeres que tenían como diagnóstico Cáncer fue del 54.4 años. Siendo la edad mínima al momento de diagnóstico de 26 años y la edad máxima de 90 años. (Tabla 2).

(Fuente: Elaboración Propia)

Tabla 2

Distribución de la Muestra con respecto a la Edad

	Media	N	D. S.	Mínimo	Máximo	Mediana
Cáncer	54.42	36	14.096	26	90	53.50
Pre cáncer	37.42	243	11.42	18	74	35.00
No Cáncer	46.16	302	13.08	18	77	47.00
Total	43.01	581	13.47	18	90	43.00

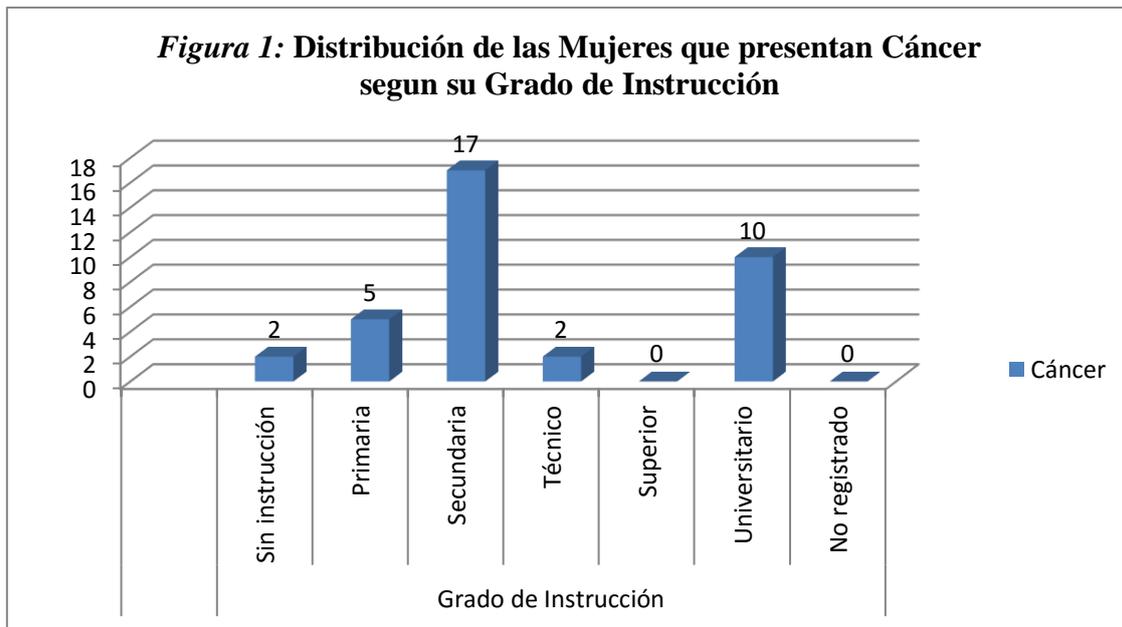
Según el grado de instrucción se dividió en: Sin Instrucción, Primaria, Secundaria, Técnico, Superior, Universitario. Se evidencia que de las mujeres que presentan cáncer (n=36), el 47 % (n=17) poseen una educación de Secundaria Completa. El 28% (n=10) son Universitarias, el 14% (n=5) educación Primaria, un 6% (n=2) Técnico y un 6% (n=2) no presenta instrucción (Tabla 3), (Figura 1).

Tabla 3

Distribución de la muestra según grado de instrucción

Grado de Instrucción	Mujeres que presentan Cáncer (n=36)
Sin instrucción	2
Primaria	5
Secundaria	17
Técnico	2
Superior	0
Universitario	10
No registrado	0
Total	36

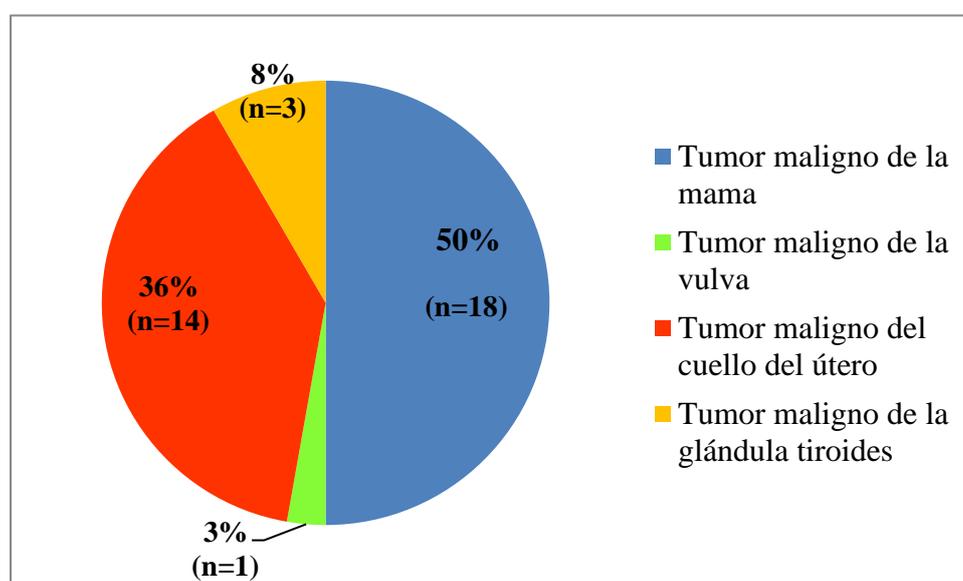
(Fuente: Elaboración Propia)



(Fuente: Elaboración Propia)

La distribución según el Tipo de Cáncer, se encontró que el 50% (n=18) presenta un diagnóstico de Tumor maligno de Mama, el 36% (n=14) presenta Tumoración maligna del Cuello Uterino, el 8 % (n=3) presenta una Tumoración Maligno de la Glándula Tiroides y una paciente presenta Tumoración Maligna de la Vulva (Figura 2).

Figura 2: Clasificación según los tipos de Cáncer Diagnosticados



(Fuente: Elaboración Propia)

El peso y talla promedio de las mujeres tomado antes del diagnóstico de Cáncer, clasificado ahora por tipo de Cáncer fueron: para el Cáncer de Mama el peso promedio fue de 64.21 kg , siendo el peso mínimo de 38 kg y el máximo de 97 kg, presentaban una estatura promedio de 1.52 m, siendo la estatura mínima de 1.42 m y la máxima de 1.72 m. Para cáncer de Cuello Uterino y de Vulva el peso promedio fue de 68.1 kg, siendo el peso mínimo de 51 kg y el máximo de 102 kg, y presentaron una estatura promedio de 1.52 m, donde la estatura mínima es de 1.41 m y la máxima es de 1.63 m. Para Cáncer de Tiroides el peso promedio fue de 67.66 kg, siendo el peso mínimo de 61.5 kg y el máximo de 76.5 kg, y presentaban una estatura promedio de 1.52 m, siendo la estatura mínima de 1.48 m y la máxima de 1.54 m (Tabla 4).

Tabla 4

Clasificación del Peso y Talla según el Tipo de Cáncer Diagnosticado

			Peso	Estatura
Tipo de Cáncer	Mama (n=18)	Media	64.21	1.52
		D.S.	15.35	.074
		Mínimo	38.00	1.40
		Máximo	97.00	1.72
		Mediana	64.50	1.50
	Órganos genitales femeninos (n=15)	Media	68.10	1.52
		D. S.	14.48	.056
		Mínimo	51.00	1.41
		Máximo	102.00	1.63
		Mediana	65.50	1.53
	Glándula tiroides y otras glándulas endocrinas (n=3)	Media	67.66	1.52
		D. S.	7.84	.034
		Mínimo	61.50	1.48
		Máximo	76.50	1.54
		Mediana	65.00	1.54

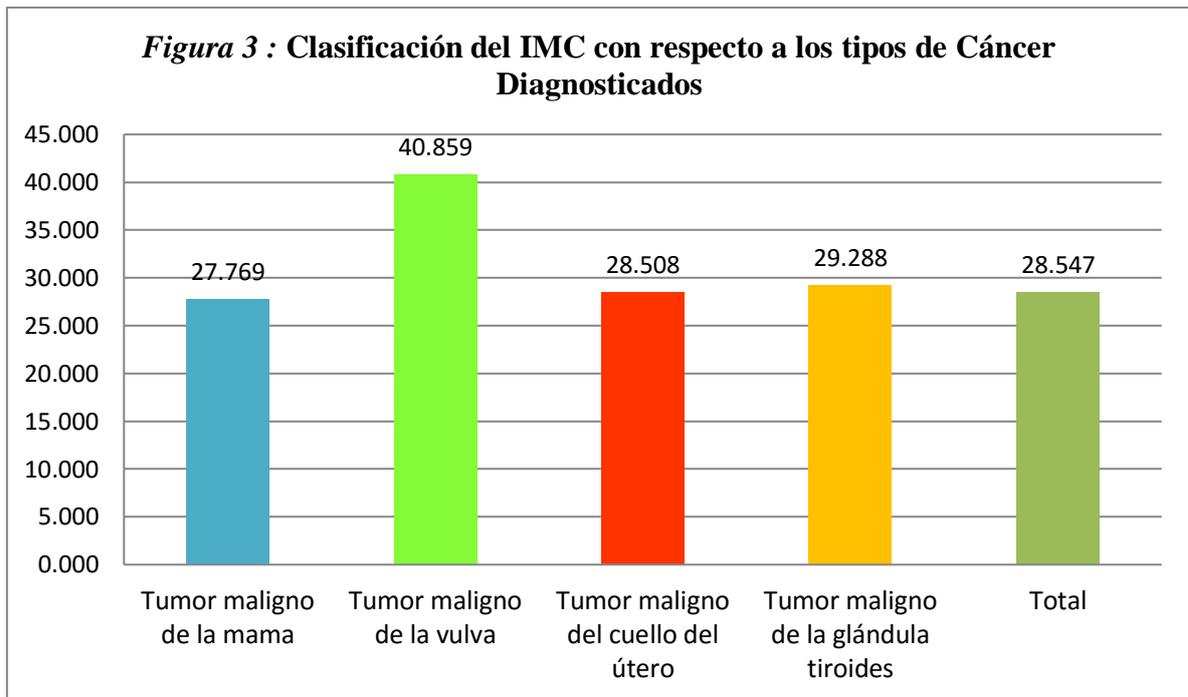
(Fuente: Elaboración Propia)

Para el indicador del IMC con respecto a cada tipo de Cáncer Diagnosticado, se encontró que en las mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama el IMC promedio fue de 27.76 kg/m², en las mujeres con diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino el IMC promedio fue de 28.5 kg/m², para las mujeres con Cáncer de Tiroides el IMC promedio fue de 29.28 kg/m² y para la usuaria con diagnóstico de Cáncer de Vulva su IMC fue de 40.8 kg/m² (Tabla 5), (Figura 3).

Tabla 5
Clasificación del IMC al primer contacto con la muestra estudiada

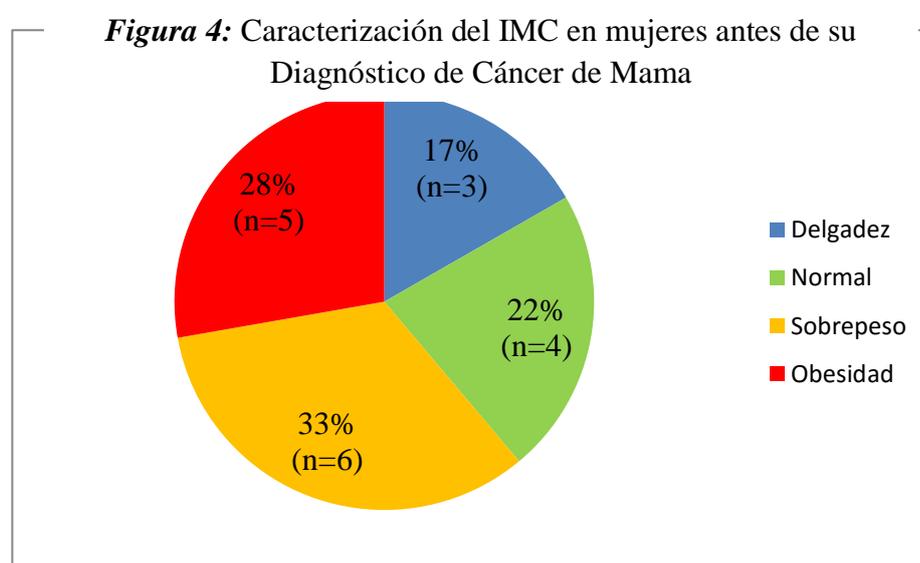
Tipo de Cáncer	Media	D. S.	Mínimo	Máximo	Mediana
Tumor maligno de la mama (n=18)	27.769	6.6821	17.3	43.1	27.084
Tumor maligno de la vulva (n=1)	40.859		40.9	40.9	40.859
Tumor maligno del cuello del útero (n=14)	28.508	5.6183	22.1	38.0	26.968
Tumor maligno de la glándula tiroides (n=3)	29.288	3.1801	25.9	32.3	29.675
Total	28.547	6.2193	17.3	43.1	27.441

(Fuente: Elaboración Propia)



(Fuente: Elaboración Propia)

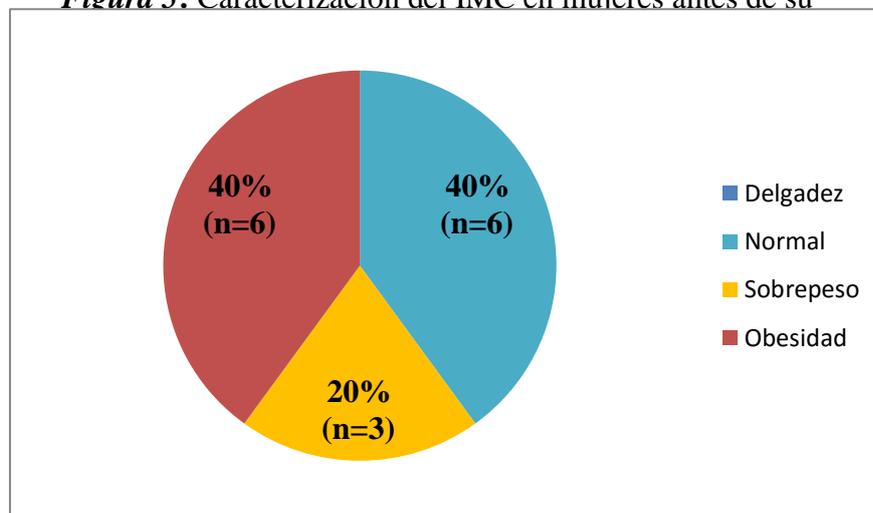
Se analizó los valores de Índice de Masa Corporal por cada tipo de Cáncer. Con respecto a las mujeres con Cáncer de Mama, antes de su diagnóstico el 17 % (n=3) se encontraron en Delgadez, el 22% (n=4) se encontraban Normal, el 33% (n=6) se encontraron en Sobrepeso y el 28% (n=5) se encontraban con Obesidad (Figura 4).



(Fuente: Elaboración Propia)

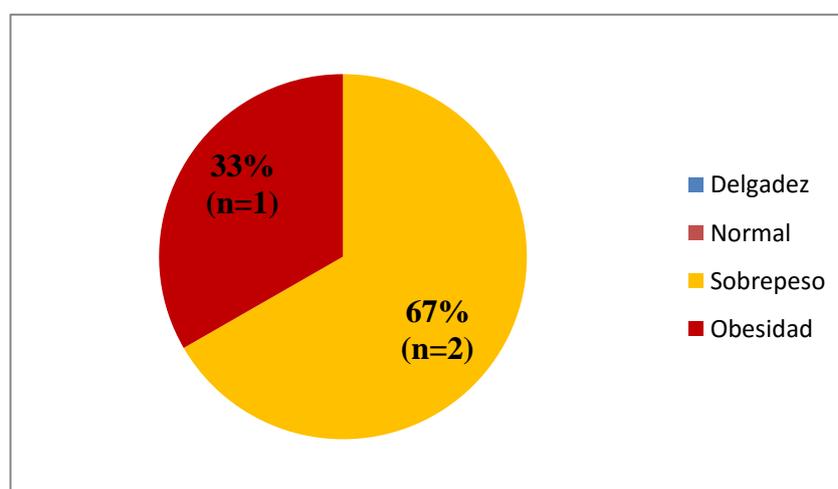
En las mujeres con Cáncer en Órganos Genitales Femeninos, antes de su Diagnóstico y con respecto al Índice de Masa Corporal, el 40% (n=6) se encontraba normal, el 20% (n=3) se encontraron con Sobrepeso, y el 40% (n=6) se encontraron con Obesidad (Figura 5).

Figura 5: Caracterización del IMC en mujeres antes de su



En las mujeres con Cáncer de Tiroides, antes de su Diagnóstico y con respecto al Índice de Masa Corporal, el 67% (n=2) se encontraron con Sobrepeso, y el 33% (n=1) se encontraron con Obesidad (Figura 6).

Figura 6: Caracterización del IMC en mujeres antes de su Diagnóstico de Cáncer de Tiroides



(Fuente: Elaboración Propia)

V. Discusión de resultados

El sobrepeso y la obesidad han ido en aumento en nuestra población en los últimos años, estos son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (OMS, 2016). Según el Instituto de Estadística e Informática en el 2014 el Índice de masa corporal promedio de las personas de 15 años a más fue de 26,5 kg/m², lo cual los categorizaba como una población en sobrepeso. Señalando también que el índice es más elevado en las mujeres (28,0 kg/m²) que en los hombres (25,9 kg/m²). De acuerdo con su lugar de residencia se encontró que Lima Metropolitana tenía un promedio de 27.7 kg/m² y en el área rural encontraron un IMC promedio de 25.15 kg/m².

En un estudio realizado en Corea se encontró una asociación positiva entre el IMC alto y la incidencia de Cáncer de Tiroides, al igual que en nuestro estudio en donde se evidencia Sobrepeso y Obesidad en las pacientes estudiadas.

En un estudio realizado en Turquía, se encontró que el IMC en la edad de la menopausia se relacionó al mayor riesgo de desarrollo de Cáncer de Mama, al igual que nuestro estudio en donde se encontró un gran porcentaje de pacientes con IMC alto.

En un estudio que fue realizado de mujeres con IMC normal, se encontró asociación entre el porcentaje de grasa corporal alto y el riesgo de Cáncer de Mama, lo cual podría estar relacionado con nuestro estudio en donde se observó también un porcentaje de pacientes con IMC normal y que desarrollaron Cáncer de Mama.

En un estudio en donde se buscaba relación entre el IMC y el Cáncer Cervical, no encontraron relación alguna entre el Sobrepeso y el riesgo de Cáncer Cervical y con respecto a la Obesidad encontraron una relación débil. Al contrario de nuestro estudio

que si se encontró un porcentaje importante de pacientes con Obesidad que luego desarrollaron Cáncer Cervical.

En un estudio en donde se buscó asociación entre los factores de riesgo, entre ellos el IMC, con el Cáncer de Tiroides, no se encontró relación alguna. A diferencia de nuestros resultados ye que todos los casos de Cáncer de Tiroides presentaron IMC alto al momento del Diagnóstico. Nuestros resultados se encuentran reforzados por un meta análisis realizado por investigadores alemanes, en el cual encontraron una fuerte relación entre el riesgo alto de Cáncer de Tiroides en sujetos con Sobrepeso y Obesidad.

VI. Conclusiones

En las pacientes con Cáncer de Mama la mayor concentración de casos tuvieron Sobrepeso y Obesidad.

En las Pacientes que se les diagnosticó Cáncer en Órganos Genitales Femeninos, se encontró la misma cantidad de personas con Obesidad y con un IMC normal, esto podría estar relacionado con el porcentaje de grasa corporal.

En todas las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Tiroides se observó Sobrepeso y Obesidad.

En comparación entre los diferentes tipos de Cáncer, se encontró que el IMC promedio más alto se les atribuyó a las pacientes que presentaban Cáncer de Vulva, siguiendo a este el Cáncer de Tiroides.

No se encontró relación significativa entre el Grado de Instrucción y la Presencia de Cáncer.

VII. Recomendaciones

Se sugiere realizar más estudios relacionados a los factores de riesgo antropométricos en otros tipos de Cáncer.

En estudios posteriores se recomienda que la recolección de datos sea en un periodo superior a 6 meses.

Se sugiere que se realicen planes de trabajo sobre Nutrición dirigidos a la prevención de Cáncer en los diferentes centros preventivos de la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer.

Se recomienda fomentar los estilos de vida saludables como lo son la actividad física y los cambios en la alimentación en las diferentes instituciones privadas y del estado.

VIII. Referencias

Sociedad Española de Oncología Médica. (2011). *Hablemos del Cáncer de Mama con*

ROCHE. Recuperado de:

http://fecma.vinagrero.es/documentos/hablemos_de_cancer_mama.pdf

American Cancer Society. (2013). *Cáncer de Tiroides*. EE.UU.

American Thyroid Association. (2017). *Cáncer de Tiroides (de tipo Papilar y*

Folicular). Recuperado de: [https://www.thyroid.org/wp-](https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/cancer_de_tiroides.pdf)

[content/uploads/patients/brochures/espanol/cancer_de_tiroides.pdf](https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/cancer_de_tiroides.pdf)

Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). *Cáncer de Mama*. Recuperado de:

<https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cancer-mama-2014.pdf>.

Asociación Española contra el Cáncer. (2018). *Cáncer de Tiroides*. Recuperado de:

<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-tiroides/que-es-cancer-tiroides>.

Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. (2016). *Infección por el*

virus del Papiloma Humano: Lesiones premalignas y cáncer. Recuperado de:

http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/10/Infeccion_AEPCC_def.pdf.

Baldur-Felskov, B., Mwaeselage J. y Col. (2018). Factors associated with a cervical

high-grade lesion on cytology or a positive visual inspection with acetic acid

among more than 3,300 Tanzanian women. *Revista Trop Med Int Health*.

EE.UU.

Dirección ejecutiva de vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN (2011), *Estado Nutricional en el Perú*. Recuperado de:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MiNSA/1843.pdf>.

Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer. (2017).

Epidemiología de la infección por VPH. *Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino* (13,14).
Lima, Perú: Ministerio de Salud.

Gómez, Z., Otero, R. y Ruiz, L. (2009). Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombiano. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 24 (2), 134-143. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3377/337731592007/>

Iyengar, N., Arthur, R., Manson, J. y Col. (2018). Association of Body Fat and Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women with Normal Body Mass Index: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial and Observational Study. *American Medical Association*, issuing body. 10.

Jenabi, E., Poorolajal, J. (2015). The effect of body mass index on endometrial cancer: a meta-analysis. *Revista Public Health. EE.UU.* 129(7).

Khalis, M., Chajès, V., Moskal, A. y Col. (2018). Estilo de vida saludable y riesgo de cáncer de mama: un estudio de casos y controles en Marruecos. *Cáncer Epidemiol.* 58: 160-166.

León, C., Bosques, D. y Silveira, P. (2004). Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de la Habana, 30 (2).

- Sarduy ,M. (2008). *Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino*. La Habana, Cuba: Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas.
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú*. Recuperado de: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
- Navarro, M., Martinez, M., Santoyo, F. y Pita, M. (2011). Glucosa, índice de masa corporal y lesiones preneoplásicas en el cuello uterino. *Revista de Ginecología y Obstetricia*. México, 79(12):771-778.
- Poorolajal, J. y Jenabi, E. (2016). La Asociación entre el IMC y el Cáncer Cervical: un Meta análisis. *Revista Eur J Cancer Prev*. EE.UU. 25(3).
- Pou, S., Niclis, C. y Col. (2014). Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba (Argentina). *Nutrición Hospitalaria*. 29(3), 618-628, Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n3/22originalcancer01.pdf>
- Quispe, N. (2015). *Estado Nutricional de los Niños de la Institución Educativa Inicial Jardín 87*. Tesis de Bachiller. Universidad Andina del Cuzco. Recuperado de: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/549>.
- Sanabria, J. (2009). Virus del Papiloma Humano. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/virusdelpapilomahumanosanabria.pdf>
- Schmid D., Ricci, C., Behrens, G. y Leitzmann, M. (2015). Adiposidad y riesgo de Cáncer de Tiroides: una revisión sistemática y un meta análisis. *International Association for the Study of Obesity*. 16 (12): 1042-54.

- Shin, H., Jee, Y. y Cho, E. (2017). Índice de masa corporal e incidencia del cáncer de tiroides en Corea: el Estudio de Prevención del Cáncer de Corea-II. *Journal of cancer research and clinical oncology*. 143 (1): 143-149.
- Stansifer, K., Guynan, J. y Col. (2015). Factores de Riesgo Modificables y Cáncer de Tiroides. *American Academy of Otolaryngology*. 152 (3): 432-7.
- Suzuki, Y., Tsunoda, H. y Col. (2017). El cambio de IMC y la circunferencia abdominal son factores de riesgo para el cáncer de mama, incluso en mujeres asiáticas. *Tratamiento de Cáncer de Mama*. 166 (3): 919-925.
- Toklu, H., Nogay, N. (2018). Efectos de los hábitos alimenticios y el estilo de vida sedentario en el cáncer de mama entre las mujeres que asisten al centro de tratamiento diurno de oncología en una universidad estatal en Turquía. *Medical and Dental Consultants' Association of Nigeria*. 21 (12): 1576-1584.
- Martín, V. y Torrientes, B. (2006). *Ginecología: Neoplasia cervical en la mujer climatérica*. *Revista Cubana Obstet Gineco*, 32, 1.
- Vasquez, B., Rotela, V. y Ortiz, Y. (2017). Virus del Papiloma Humano: Revisión de Literatura. *FELSOCEM*. Colombia, 22(1), 72-76
- Vierci, G., Pederzani, C. y Col. (2013). Frecuencia de hábitos alimentarios vinculados al riesgo de desarrollar cáncer en funcionarios públicos de Asunción. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de Salud*. 11(2), 10. Recuperado de: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/iics/article/view/111>
- Zhang, M., Zhang, X., Liu, J. y Col. (2019). El índice de masa corporal y la diabetes son importantes firmas pronósticas para el pronóstico bilateral de cáncer de mama. *J Cell Biochem*. 10.1002.

IX. Anexos

Matriz de Consistencia

Identificación del Problema	Pregunta General	Objetivo General	Variables	Indicadores	Diseño de Estudio	Resultados	Conclusiones
El Cáncer se ha convertido en un Problema de salud pública por la alta tasa de Mortalidad que causa. Durante el periodo de 2010 – 2012 se produjeron 22.885 muertes en Lima Metropolitana. Según la OMS el 30% de los cánceres se pueden prevenir con una alimentación saludable. También afirma	¿Cuál es la Caracterización del Estado Nutricional en pacientes con diagnóstico reciente de Cáncer atendidos ambulatoriamente en un centro de prevención nacional durante los meses de Agosto y Diciembre del 2018?	Caracterizar el Estado Nutricional en Pacientes con Diagnóstico reciente de Cáncer, atendidos ambulatoriamente en un Centro de Prevención Nacional.	Cáncer	Resultado de la Biopsia	Descriptivo Retrospectivo Transversal	-La distribución según el Tipo de Cáncer, se encontró que el 50% (n=18) presenta un diagnóstico de Tumor maligno de Mama, el 36% (n=14) presenta Tumoración maligna del Cuello Uterino, el 8 % (n=3) presenta una Tumoración Maligno de la Glándula Tiroides y una paciente presenta Tumoración Maligna de la Vulva. - Cáncer de Mama el IMC promedio fue de 27.76 kg/m ² , en	-En las pacientes con Cáncer de Mama la mayor concentración de casos tuvieron Sobrepeso y Obesidad. -En las Pacientes que se les diagnóstico Cáncer en Órganos Genitales Femeninos, se encontró la misma cantidad de personas con Obesidad y con un IMC normal, esto podría estar relacionado con el porcentaje de grasa
		Objetivos Específicos - Conocer el Estado Nutricional de los pacientes	Estado Nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)			

<p>que el sobrepeso y la Obesidad esta relacionan hasta con 10 tipos de Cáncer. Actualmente en nuestro país no existe aún un sistema de prevención relacionado a la nutrición y el Cáncer.</p>		<p>atendidos ambulatoriamente con Diagnostico reciente de Cáncer a través del IMC (Índice de Masa Corporal). -Contribuir a identificar la importancia del IMC en los individuos y su relación con los diferentes tipos de cáncer. -Obtener una estadística de la relación entre el índice de Masa corporal y los diferentes tipos de cáncer.</p>				<p>las mujeres con diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino el IMC promedio fue de 28.5 kg/m², para las mujeres con Cáncer de Tiroides el IMC promedio fue de 29.28 kg/m² y para la usuaria con diagnóstico de Cáncer de Vulva su IMC fue de 40.8 kg/m² - En las mujeres con Cáncer de Mama, 17 % se encontraron en Delgadez, el 22% en Normal, el 33% en Sobrepeso y el 28% con Obesidad.</p>	<p>corporal. -En todas las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Tiroides se observó Sobrepeso y Obesidad. -En comparación entre los diferentes tipos de Cáncer, se encontró que el IMC promedio más alto se les atribuyó a las pacientes que presentaban Cáncer de Vulva, siguiendo a este el Cáncer de Tiroides.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---