



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de piel que tienen enfermeras en centros de primer nivel de atención de salud del distrito 11D01.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTOR: Pineda, Chamba, Ian Ricardo

DIRECTOR: Astudillo Romero, Rodrigo Xavier, Dr

LOJA – ECUADOR

2020



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2020

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Rodrigo Xavier Astudillo Romero.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de piel que tienen enfermeras en centros de primer nivel de atención de salud del distrito 11D01** realizado por **Pineda Chamba Ian Ricardo**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, junio de 2019

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Pineda Chamba Ian Ricardo**, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de piel que tienen enfermeras en centros de primer nivel de atención de salud del distrito 11D01, de la Titulación de Medicina, siendo Rodrigo Xavier Astudillo Romero director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Pineda Chamba Ian Ricardo

Cédula: **1104859267**

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación es dedicado a mis padres y abuelos, quienes con su apoyo y guía me han permitido desarrollar con éxito esta etapa, a mi querida hermana con mucho cariño y admiración.

Ian Ricardo Pineda Chamba

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, por la impecable actividad de su personal y autoridades para lograr la excelencia académica de la que goza como institución. A mis docentes quienes me acompañaron durante mi proceso de aprendizaje y moldearon mis conocimientos con su experiencia y sabiduría.

Ian Ricardo Pineda Chamba

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
Objetivo General:	5
Objetivos Específicos:	5
CAPÍTULO I	6
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	6
1.1 Cáncer de piel.	7
1.1.1 Epidemiología	8
1.1.2 Factores de riesgo y predisponentes:	9
1.2 Carcinoma basocelular.	11
1.3 Carcinoma epidermoide cutáneo.	12
1.4 Melanoma cutáneo.	14
1.5 Prevención primaria y secundaria del cáncer.	16
1.6 Diagnóstico	18
1.6.1 Carcinoma de células basales	18
1.6.2 Carcinoma Espinocelular	19
1.6.3 Melanoma	19
CAPÍTULO II	20
DISEÑO METODOLÓGICO	20
2.1 Criterios de inclusión.	21
2.2 Criterios de exclusión.	21
2.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos.	21

2.4 Definición y operacionalización de variables.	22
CAPÍTULO III	29
RESULTADOS	29
3.1 Resultados específicos.	30
3.1.1 Tabla 1: Estadístico descriptivos de la población de estudio.	30
3.1.2 Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre cáncer de piel en la población de estudio.	30
3.1.3 Tabla 3: Actitudes sobre cáncer de piel en la población de estudio.	31
3.1.4 Tabla 4: Prácticas de enfermeros y enfermeras sobre el cáncer de piel.	33
CAPÍTULO IV	35
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	42

RESUMEN

Mediante un estudio cuantitativo, observacional, de corte trasversal, se pretendió identificar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre el cáncer de piel en una población total de 40 enfermeras y enfermeros del distrito 11D01. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta de elaboración propia y para su análisis se usaron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar a través del programa SPSS.

Entre los resultados obtenidos, destaca el desconocimiento de más del 80% de la población de sobre el cáncer de piel. Sin embargo, más del 90% de los encuestados considera que cualquier miembro del personal de salud del primer nivel de atención debe brindar información a toda persona que acuda al servicio. En las prácticas la tendencia es a no brindar información sobre prevención primaria y tampoco usar medidas de fotoprotección.

El nivel de conocimientos de los enfermeros y enfermeras sobre cáncer de piel es deficiente, sin embargo, sus actitudes en cuanto a brindar información son positivas. En sus prácticas no suelen realizar prevención, lo que se relaciona con la falta de conocimiento.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de Piel, Prácticas, Actitudes, Conocimientos, Enfermeras, Enfermeros, Primer Nivel de Atención, Trabajadores de la Salud.

ABSTRACT

Through a quantitative, observational, cross-sectional study, it was sought to identify the level of knowledge, attitudes and practices on skin cancer in a total population of 40 nurses and nurses of district 11D01. The data was collected through a self-made survey and for its analysis frequencies, percentages, means and standard deviations were used through the SPSS program.

Among the results obtained, the lack of knowledge of more than 80% of the population about skin cancer stands out. However, more than 90% of the respondents consider that any member of the health staff at the first level of care must provide information to anyone who comes to the service. In practices, the tendency is not to provide information on primary prevention and not to use photoprotection measures.

The level of knowledge of nurses about skin cancer is poor; however, their attitudes in terms of providing information are positive. In their practices, they do not usually perform prevention, which is related to lack of knowledge.

KEYWORDS: Skin cancer, Practices, Attitudes, Knowledge, Nurses, First Level of attention, Health Workers.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es una de las neoplasias más comunes a nivel mundial, posee una elevada incidencia, la cual sigue en aumento y la convierte en un importante problema de salud pública (Telich Tarriba, Plata, Baldín, & Campo, 2017). El Ecuador por sus características geográficas, presenta un riesgo mayor de cáncer de piel, debido a la elevada exposición a la radiación ultravioleta (Cañueto & Román-Curto, 2018).

Los profesionales de salud al ser los principales actores en la promoción de la salud, es necesario que posean un adecuado nivel de conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas para brindar un tratamiento integral. Se ha reportado que el aumento de la incidencia del cáncer de piel se debe al sub-diagnóstico y la presencia de vacíos en el conocimiento, lo cual limita su oportuno reconocimiento y detección (Telich Tarriba et al., 2017).

En el capítulo 1 se describe el concepto de cáncer de piel, la incidencia mundial y nacional, los subtipos de aparición más frecuente, factores de riesgo y predisponentes más importantes para su desarrollo. Se incluyen características clínicas de los tipos de cáncer de piel melanoma y no melanoma, principales recomendaciones para la prevención primaria y secundaria del cáncer de piel y las herramientas más útiles para el diagnóstico de la enfermedad. En el capítulo 2 se detalla el tipo de estudio realizado, su avance por etapas, instrumento de evaluación, población, variables estudiadas y las herramientas aplicadas para la validación de los datos. En el capítulo 3 se observan los resultados obtenidos tras la validación de los datos, clasificados en tablas estadísticas que muestran los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población estudiada en relación al cáncer de piel. En el capítulo 4 se desarrolla la discusión y recomendaciones obtenidas a partir del estudio realizado.

Este estudio busca caracterizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre cáncer de piel en enfermeras y enfermeros de los centros de salud del distrito 11D01, para crear una línea

de base que permita proponer intervenciones basadas en la capacitación del personal del primer nivel de atención en temas de prevención primaria en salud.

La importancia del presente estudio radica en la necesidad de la comunidad de implementar mejores métodos de prevención primaria sobre cáncer de piel, misma evidenciada en los altos índices de la enfermedad en las zonas ecuatoriales y de mayor altitud sobre el nivel del mar. Esta investigación pretende el desarrollo de propuestas para directrices sencillas y concretas sobre el diagnóstico temprano de cáncer de piel, implementadas a la práctica diaria de los enfermeros y enfermeras del distrito 11D01.

Referente al problema planteado, el análisis de los datos recolectados permitió medir a través de frecuencias y porcentajes los conocimientos, las actitudes y las prácticas de enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en el distrito 11D01 sobre el cáncer de piel.

El principal inconveniente para el desarrollo de esta investigación fue la recolección de los datos en los horarios de oficina, los enfermeros y enfermeras son el personal de primer contacto con el paciente que acude al servicio de salud, por lo que su tiempo libre era muy limitado, sin embargo, se logró entrevistar al 100% de la población propuesta.

Este estudio es cuantitativo, observacional, de corte transversal; se llevó a cabo en el periodo enero-abril de 2019, luego de aplicar los criterios de exclusión la población estuvo constituida por un total de 40 enfermeros y enfermeras. Los datos se recolectaron mediante una encuesta de elaboración propia conformada por 13 preguntas. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 2014, versión 23.0 for Windows), utilizando frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Estimar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de enfermeros y enfermeras sobre el cáncer de piel, mediante la ejecución de encuestas, para crear una línea de base que permita proponer intervenciones basadas en la capacitación del personal del primer nivel de atención en prevención en salud (primaria y secundaria) del Cáncer de piel.

Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los enfermeros y enfermeras del primer nivel de prevención en salud de la ciudad de Loja sobre el cáncer de piel mediante la aplicación de encuestas.
- Determinar las necesidades de formación en base al nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen sobre el cáncer de piel de los enfermeros y enfermeras del primer nivel de prevención en salud de la ciudad de Loja.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 Cáncer de piel.

El término cáncer se refiere a una enfermedad neoplásica con transformación de células, que proliferan de manera anormal e incontrolada. Se caracteriza por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, lo cual condiciona la posibilidad de desarrollarse un clon que puede invadir y destruir tejidos adyacentes, incluso diseminarse hacia sitios distantes donde se formen nuevos clones. (Lecuona, Leyva, & Guerrero, 2015)

El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, ya que causa un sinnúmero de pérdidas de vidas humanas y de recursos económicos, tanto en el ámbito familiar como en el institucional. (Lecuona et al., 2015)

Las neoplasias son benignas o malignas; dependiendo de:

- Características de las células
- Forma y tasa de crecimiento
- Potencial para metástasis
- Capacidad de producir efectos generalizados
- Tendencia a causar destrucción tisular
- Capacidad de causar la muerte. (Porth & Grossman, 2014)

El cáncer de piel puede dividirse en dos grupos principales, melanoma y cáncer de piel no melanoma. El melanoma es un tumor derivado de los melanocitos en la capa basal de la epidermis (Gameros & Eljure Téllez, 2016)

El Cáncer de piel no melanoma engloba diferentes tipos de cáncer, siendo los dos tipos más comunes el carcinoma basocelular y el carcinoma escamoso. (Gameros & Eljure Téllez, 2016)

1.1.1 Epidemiología

El cáncer de piel (CP) es una de las neoplasias más comunes a nivel mundial. Su importancia radica en el aumento de su incidencia, debido al sub-diagnóstico y la deficiente educación, lo cual limita su oportuno reconocimiento y detección. (Telich Tarriba et al., 2017)

La incidencia del Cáncer de piel no melanoma (CPNM) es 18-20 veces mayor que la del melanoma, sin embargo, su epidemiología es poco estudiada y deficiente. A nivel mundial, la incidencia de CPNM es variable, las tasas más altas son Australia >1000/100000 personas al año y las más bajas en partes de África con <1/100000 personas al año. (Schwartz & Schwartz, 2018)

Los pacientes que viven cerca del ecuador tienden a presentarlo a una edad más temprana que los pacientes que viven más lejos de él. (Cañueto & Román-Curto, 2018)

En Ecuador, según los datos levantados por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), las ciudades con mayor incidencia se encuentran en la Sierra del país, como Quito, Loja y Cuenca (Coello, 2017). En el XI volumen de "Cancer Incidence in Five Continents", publicado en el año 2017, Ecuador tiene una incidencia de CPNM de 4,9/100 000 habitantes y de melanoma de 2,2/100 000 habitantes. (Bray F et al., 2017)

El subtipo más frecuente del CPNM es el Carcinoma basocelular (CBC), que representa el 75% de los casos. El Carcinoma Espinocelular (CE), el segundo tipo más común de cáncer de piel (20%), es 2-3 veces más frecuentemente en hombres que en mujeres y la edad típica de presentación es de 70 años. (Telich Tarriba et al., 2017) Se estima que el riesgo de desarrollar un CEC a lo largo de la vida se encuentra entre el 7 y el 11% (del 9 al 14% en varones y del 4 al 9% en mujeres). (Cañueto & Román-Curto, 2018)

El melanoma es el tercer cáncer cutáneo más frecuente, representa el 4% de todos los cánceres de piel, y el más mortal; el subtipo clínico más frecuente es el melanoma de extensión superficial, correspondiendo al 70% de los casos, la afectación de los varones es un poco mayor que la de

las mujeres y la edad media de presentación es de 40 años. (Schadendorf et al., 2018) El riesgo global para el desarrollo de melanoma es del 2%. La incidencia de melanoma aumentó significativamente durante las últimas décadas. Se prevé que 1:39 hombres y 1:58 mujeres desarrollarán melanoma. (Kimbrough, Urist, & McMasters, 2018) En la ciudad de Loja la incidencia de Melanoma es de 3,5/100.000 en hombre y 4.9/100.000 en mujeres. (Bray F et al., 2017)

1.1.2 Factores de riesgo y predisponentes:

- **Exposición a la luz ultravioleta (UV):** Estudios epidemiológicos sugieren que la exposición periódica e intensa al sol, particularmente durante la niñez y adolescencia, es el factor más importante en su etiología. (Goldsmith et al., 2014) Debido a que la luz UV, especialmente UVB (tipo de radiación absorbido por la atmósfera) produce mutaciones irreversibles en el DNA de las células epiteliales, impidiendo la adecuada apoptosis por parte del gen supresor de tumores P53. (Coca, Rincón, & Ruiz, 2016) También se asocia a la luz ultravioleta UVA (utilizadas por las cabinas de bronceado entre otras formas de luz artificial). (Goldsmith et al., 2014)
- **Historia familiar y personal de cáncer de piel:** Antecedentes de quemaduras de sol, en especial, durante la infancia y la adolescencia. El antecedente personal de un melanoma maligno previo, confiere un riesgo 10 veces mayor de una recidiva, mientras que para el tipo no melanoma, el riesgo es 4 veces mayor. El antecedente de CP en familiar de primer grado de consanguinidad, le confiere un riesgo de 1.7 veces de presentar cáncer de piel. (Coca et al., 2016)
- **Factores genéticos:** Se ha descrito que mutaciones en el gen Patched (supresor de tumor), que se encuentra en el cromosoma 9, aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma baso-celular. Mientras que las mutaciones en el gen CDKN2a localizado en el cromosoma

19p21 y el gen CDK4 en el cromosoma 12q13, aumentan el riesgo de desarrollar Melanoma Maligno. (Kasper et al., 2016)

- **Presencia de Nevos:** Se estima que la presencia de más de 100 nevos melanocíticos en adultos, conlleva 7 veces mayor riesgo de padecer melanoma maligno, y en los niños con 50 nevos o más, aumenta el riesgo de desarrollar melanoma. Los nevos congénitos grandes, mayores de 20cm de diámetro, son posibles precursores reconocidos de melanoma. Aproximadamente el 70% de los melanomas de grandes nevos congénitos se presentan antes de los 10 años de edad e incluso se pueden localizar en profundos planos del nevo. (Goldsmith et al., 2014)
- **Fototipo cutáneo:** Es la capacidad de adaptación al sol que tiene cada persona desde que nace, es decir, el conjunto de características que determinan si una piel se broncea o no, y cómo y en qué grado lo hace. Cuanto más baja sea esta capacidad, menos se contrarrestarán los efectos de las radiaciones solares en la piel. (Baron, 2016) La clasificación de Fitzpatrick agrupa a los fototipos de la siguiente manera:
 - **Fototipo I:** Siempre se quema, nunca se broncea.
 - **Fototipo II:** Se quema fácilmente y se broncea muy poco.
 - **Fototipo III:** Se quema moderadamente, se broncea gradualmente hasta alcanzar un tono trigueño claro.
 - **Fototipo IV:** Se quema poco, siempre se broncea bien hasta alcanzar un tono moreno claro.
 - **Fototipo V:** Rara vez se quema, se broncea fácilmente hasta alcanzar un tono moreno oscuro.
 - **Fototipo VI:** Nunca se quema, muy pigmentado, el de menos sensibilidad al sol.

Aunque las personas de todo tipo de piel pueden sufrir daños por la exposición excesiva a los rayos UV, aquellas con los tipos de piel I y II tienen el mayor riesgo. (Baron, 2016)

- **Edad y género:** El riesgo de cáncer de piel es directamente proporcional a la edad. Es más frecuente en hombres y su incidencia es mayor después de los 40 años. (Coca et al., 2016)
- **Inmunosupresión:** Los pacientes que presentan estados de inmunosupresión, como en el caso de los pacientes receptores de trasplantes, presentan 65 veces mayor riesgo para cáncer de piel. (Coca et al., 2016)

1.2 Carcinoma basocelular.

Es una neoplasia epitelial de escasa malignidad, formada por células que se parecen a las basales y por un estroma fibroso de localización preferentemente centrofacial, caracterizada por lesiones polimorfas bien delimitadas, con borde acordonado, muchas veces pigmentadas y de crecimiento lento. Casi nunca hace metástasis. (Arenas Guzmán, Asz Sigall, & Vega Memije, 2015)

Su aparición predomina en zonas de la piel expuestas al sol, sobretodo en cara (94%), afectando casi exclusivamente la región centrofacial en un 82%. En un 5% se observa en el tronco y 1% en extremidades. Las lesiones son polimorfas, por lo general bien delimitadas, borde filiforme, acordonado o perlado, de crecimiento lento, en promedio 5 mm al año. (Instituto Nacional de Cancerología-ESE Colombia, 2015)

Las lesiones pueden ser eucrómicas o pigmentadas (color azul, café o negro) cuyo tamaño varía entre 1 a 10 mm de diámetro, surcada por telangiectasias. El centro del tumor se puede ulcerar en fase temprana. En el cuello o tronco, se puede presentar como parche eritematoso, descamativo, redondo u oval con pequeñas ulceraciones en su superficie. (Instituto Nacional de Cancerología-ESE Colombia, 2015)

Clínicamente se clasifican en:

- **Nodular:** Es la forma más común, abarca hasta un 60% de los casos; generalmente se presenta como una lesión solitaria, rosada, perlada, con telangiectasias y de bordes definidos. Si se ulcera se considera nódulo ulcerativo. (Telich Tarriba et al., 2017)
- **Superficial:** Representa aproximadamente 30% de los casos; se observa como una placa eritematosa poco indurada, predomina en el tronco y puede confundirse con tiñas o eccema. (Telich Tarriba et al., 2017)
- **Morfeiforme o esclerosante:** Constituye el 5% de los casos; suele ser una lesión aplanada o ligeramente elevada, de coloración blanco-amarillenta o rosada e indurada, similar a una cicatriz. Presenta alta incidencia de márgenes positivos tras la escisión y se considera el subtipo más agresivo. (Telich Tarriba et al., 2017)
- **Otras:** En menor porcentaje se encuentran las formas micronodular, infiltrativa y basoescamosa; se consideran variantes agresivas de CBC con alta tasa de recurrencia. (Telich Tarriba et al., 2017)

Para el desarrollo de carcinoma basocelular no existe una lesión precursora universal. (Telich Tarriba et al., 2017)

1.3 Carcinoma epidermoide cutáneo.

Puede surgir de novo o debido a la progresión de lesiones precancerosas, se origina en las células escamosas en la superficie de la piel, surgen de los queratinocitos basales y sufren un crecimiento incontrolado a medida que migran desde la capa basal proliferativa. (Chummun & Mclean, 2017)

La presentación inicial generalmente incluye un historial de úlcera no cicatrizante o crecimiento anormal en un área de la piel expuesta al sol. Aproximadamente el 70% ocurren en la cabeza y el cuello, con mayor frecuencia en el labio inferior, el oído externo y la región periauricular, o en

la frente y el cuero cabelludo. (Domínguez-Cherit, Rodríguez-Gutiérrez, Rosales, Caire, & Avalos, 2017)

Clínicamente, se presenta como una úlcera poco profunda con márgenes elevados, a menudo cubiertos por una placa. Los cambios típicos en la superficie pueden incluir una pápula o placa rosa, escamación, ulceración profunda, costras y cuerno cutáneo. Una presentación menos común incluye un nódulo cutáneo rosado sin cambios superpuestos en la superficie. (Telich Tarriba et al., 2017)

Existen factores de riesgo relacionados específicamente con el desarrollo de carcinoma epidermoide, entre estos se encuentran zonas de inflamación crónica en la piel (quemaduras, lupus discoide, fístulas y osteomielitis), infecciones virales (VPH) y humo de tabaco. (Telich Tarriba et al., 2017)

El carcinoma epidermoide se clasifica en:

- **Superficial (in situ):** Permanece confinado en la epidermis. Clínicamente se presenta como una placa o neoformación eritematosa bien delimitada cubierta por escamas y costras; es de crecimiento lento y centrífugo. Cuando se localiza en el glande recibe el nombre de eritroplasia de Queyrat. (Gameros & Eljure Téllez, 2016) Se puede encontrar en asociación con queratosis actínica, un cuerno cutáneo o una queratosis arsenical. (Río Ysla, Yanes, & Benítez Alvarez, 2015)
- **Nodular queratósica:** Inicialmente, es semejante una verruga vulgar, al crecer presenta una base infiltrada y grados variables de queratosis, llega a formar lesiones con aspecto de cuernos cutáneos o mostrar una ulceración central con cráter de queratina. (Gameros & Eljure Téllez, 2016; Río Ysla et al., 2015)

- **Ulcerosa:** Es la más frecuente, se observa una úlcera de superficie irregular sobre una base saliente e indurada que infiltra tejidos adyacentes, presenta un crecimiento rápido y destructivo. (Gameros & Eljure Téllez, 2016)
- **Vegetante o verrugosa:** Aparece sobre lesiones inflamatorias crónicas (Cicatrices, úlceras de pierna, micosis profundas, lupus eritematoso discoide, infección HPV) produce una neoformación saliente de superficie irregular, de aspecto vegetante que puede alcanzar hasta 10 cm de tamaño. (Gameros & Eljure Téllez, 2016; Telich Tarriba et al., 2017)

La queratosis actínica es la principal lesión precursora. Se caracteriza por presentar máculas eritematosas con escamas, histológicamente similares al carcinoma epidermoide cutáneo. Se ha observado que aproximadamente el 65% de los carcinomas epidermoides derivan de este tipo de lesión (Telich Tarriba et al., 2017).

1.4 Melanoma cutáneo.

El melanoma es una neoplasia maligna de melanocitos, células que producen pigmento originadas de la cresta neural y que migran a la piel, las meninges, las membranas mucosas, la zona superior del esófago y los ojos. Puede presentarse en adultos de todas las edades, incluso en personas jóvenes y miembros de todas las razas; su sitio en la piel y sus características peculiares lo tornan detectable en un momento en que es factible su extirpación quirúrgica completa. (Kasper et al., 2016)

Se conocen cuatro tipos principales de melanoma cutáneo:

- Melanoma de extensión superficial.
- Melanoma lentigo maligno.
- Melanoma acral lentiginoso.
- Melanoma nodular.

En los tres primeros tipos, la lesión muestra un periodo de proliferación superficial radial, que se caracteriza por bordes irregulares y a veces muescas, variación en la distribución del pigmento y del color, a su vez aumenta de tamaño, pero no penetra en profundidad. Es en este período muestran la mayor capacidad de curación por ablación quirúrgica. El cuarto tipo, o melanoma nodular, no tiene una fase reconocible de proliferación radial y su cuadro inicial suele ser una lesión invasora profunda, capaz de enviar metástasis inmediatas. Cuando la neoplasia comienza a penetrar la piel en planos profundos, se inicia la fase llamada de proliferación vertical. (Kasper et al., 2016)

En el 70% de las lesiones tempranas, el paciente percibe un aumento de tamaño o cambios en el color. La aparición de hemorragia, úlceras y dolor son signos tardíos y poco útiles para la identificación temprana. En los varones, el dorso es el sitio con mayor frecuencia de neoplasia; en las mujeres, el dorso y la pierna (desde la rodilla al tobillo) son sitios comunes. (Kasper et al., 2016)

Los melanomas nodulares incluyen neoformaciones de color oscuro negro pardusco o negro azulado. El melanoma lentigo maligno por lo común se circunscribe a sitios dañados crónicamente por rayos actínicos en ancianos. El melanoma acral lentiginoso se presenta en palmas, plantas, lechos ungueales y mucosas. (Kasper et al., 2016)

Una quinta variante del melanoma, el denominado tipo desmoplástico, se acompaña de una respuesta fibrótica, invasión de nervios y una mayor tendencia a la recidiva local. En ocasiones, el aspecto clínico de los melanomas es de amelanosis y en ellos el diagnóstico se corrobora por estudio microscópico después de obtención de una muestra del nódulo cutáneo nuevo o cambiante. (Kasper et al., 2016)

Se ha establecido que en el 25% de los casos el melanoma se desarrolla sobre un nevo preexistente o adquirido. Las personas que presentan más de 50 lunares comunes tienen un

riesgo 3 veces superior y las personas que tienen más de 100 nevos presentan 7,6 veces más riesgo que la población general de desarrollar la enfermedad. La existencia de nevos displásicos o atípicos aumenta el riesgo por 10 – 30 veces. (Kasper et al., 2016)

1.5 Prevención primaria y secundaria del cáncer.

La prevención primaria y secundaria son métodos idóneos para la adecuada identificación por parte de los pacientes y un acertado diagnóstico y tratamiento por parte del personal de salud. (Coca et al., 2016)

Se ha evidenciado que no hay una educación adecuada en personas con importantes factores de riesgo como las anteriormente mencionadas y de igual manera sigue siendo deficiente la detección precoz. Una vez que el paciente es referido al médico especialista, se evidencia la neoplasia en un estado avanzado con alto riesgo de complicaciones y mortalidad. (Coca et al., 2016)

La prevención primaria pretende evitar el desarrollo de la enfermedad, mediante campañas de promoción y enseñanzas de la protección solar y exposición a radiación UV (Schwartz & Schwartz, 2018). Se ha demostrado que una consejería personalizada sobre los hallazgos encontrados en cada paciente y la adecuada educación e información al paciente, si se encuentra en bajo o alto riesgo, genera mayor conciencia sobre la patología y la modificación de las conductas de riesgo. (Coca et al., 2016)

La consejería se enfoca en informar al paciente sobre el impacto de esta patología y sus complicaciones si no se diagnóstica a tiempo. Una de las intervenciones que se realizan es la promoción del autoexamen de la piel, donde se espera involucrar al paciente en su cuidado y vigilancia, aumentando la posibilidad de consultar oportunamente. (Coca et al., 2016)

Existen numerosas recomendaciones preventivas primarias, que se detallan a continuación.

- Aplique protector solar a toda la piel expuesta, incluso en días nublados, todo el año.

- Seleccione protector solar con protección UV-A y UV-B.
- Use factor de protección solar (SPF) 30 o más.
- Aplique 1 onza de protector solar a cada parte del cuerpo expuesta al sol (incluyendo orejas, la parte posterior del cuello y los pies).
- Aplicar protección solar 30 minutos antes de salir.
- Vuelva a aplicar protector solar cada 4 horas y con mayor frecuencia si está nadando o sudando. Incluso el protector solar a prueba de agua pierde su efectividad como resultado de la humedad, la transpiración y la natación.
- Use bálsamo labial con SPF 30 o más y vuelva a aplicarlo cada 4 horas.
- Cubra con ropa protectora.
- Use un sombrero con ala ancha.
- Use ropa que proteja del sol, como camisas y pantalones de manga larga.
- Use gafas de sol con protección UV; elija gafas de sol envolventes que absorban al menos el 99% de los rayos UV para proteger los ojos y la piel alrededor de los ojos.
- Permanezca a la sombra, especialmente cuando los rayos del sol son más intensos (entre 11 a.m. y 5 p.m.).
- Evite las quemaduras solares.
- No use camas de bronceado o lámparas solares. (Niederhuber, Armitage, Doroshov, Kastan, & Tepper, 2019)

En cuanto a la prevención secundaria su importancia radica en la detección precoz de la enfermedad. El factor pronóstico más considerable para el impacto negativo del cáncer de piel, es el diagnóstico en etapas avanzadas, ya que esto implica menores oportunidades de éxito para el tratamiento debido al avance de la neoplasia hacia estructuras adyacentes y de metástasis. (Coca et al., 2016)

En la actualidad es evidente la falta de seguridad ante el conocimiento de lesiones dermatológicas en los profesionales de atención primaria. Estudios reportan que menos del 15% de los médicos de atención primaria, realizan exámenes totales de la piel durante la consulta. Un entrenamiento integral puede orientar a priorizar aquellas lesiones pre-malignas para realizar un tratamiento oportuno. (Coca et al., 2016)

Adicionalmente se debe promover el autoexamen como método de tamizaje para el cáncer de piel ante cualquier lesión nueva y sospechosa en el cáncer de piel permitiendo de esta manera una reducción de la morbimortalidad del cáncer de piel, con una consulta oportuna y eficaz. (Coca et al., 2016)

1.6 Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer de piel se ha realizado tradicionalmente mediante inspección y biopsia de lesiones sospechosas con examen histológico posterior. (Farberg & Riger, 2017)

A pesar de los esfuerzos de educación del paciente y el cribado profiláctico, todas las formas de cáncer de piel todavía se están diagnosticando en etapas tardías, a tasas alarmantes. (Farberg & Riger, 2017)

Algunas escalas utilizadas para el diagnóstico y la diferenciación de las lesiones malignas son las siguientes:

1.6.1 Carcinoma de células basales

El diagnóstico del carcinoma basocelular es clínico. Por lo general con historial de lesiones cutáneas con alguna de las siguientes características:

- No sanar en 4 semanas
- Hoyuelos en el punto medio
- Ocurre en la piel expuesta al sol

- Crece muy lentamente: a menudo solo 0.5 cm cada 1 a 2 años en casi todos los casos, se requieren más de 6 meses para alcanzar 1 cm
- Sangra ocasionalmente, o solo cuando es empujado o golpeado
- Prurito. (Wu, 2018)

1.6.2 Carcinoma Espinocelular

Los hallazgos clínicos del paciente pueden sugerir fuertemente un diagnóstico de carcinoma espinocelular, sin embargo, para confirmar el diagnóstico es necesario realizar el examen histopatológico, éste también es útil para evaluar la diferenciación tumoral, profundidad del tumor, factores que son importantes para la estadificación del tumor y el pronóstico. (Lee & Asgari, 2017)

1.6.3 Melanoma

- **Criterios ABCDE:** Permiten clasificar las lesiones melanocíticas en benignas, malignas o sospechosas.
 - **Asimetría:** los melanomas no son uniformes en tamaño, forma o color.
 - **Borde:** a menudo tienen bordes que no son lisos o claramente demarcados.
 - **Color:** presentan distintos tonos de pigmento y también colores como el rojo, el blanco y el azul.
 - **Diámetro:** la mayoría son > 6 mm (el diámetro de un borrador de lápiz); sin embargo, las lesiones sospechosas <6 mm todavía deben ser biopsiadas.
 - **Evolución:** los pacientes a menudo notan cambios en la forma, el tamaño, el color o la sintomatología. (Ferri, 2019)

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, de corte transversal, durante el período enero-abril 2019; enfermeros y enfermeras de los centros de atención primaria en salud de la ciudad de Loja fueron evaluados sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas al cáncer de piel. Se entrevistó a la totalidad de los 40 enfermeros y enfermeras que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio.

2.1 Criterios de inclusión.

- a) Enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención del distrito 11D01.

2.2 Criterios de exclusión.

- a) Enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención del distrito 11D01 que desempeñen funciones administrativas exclusivas.
- b) Enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención del distrito 11D01 que no desean participar.
- c) Enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención del distrito 11D01 que no se encuentran al momento de realizar la encuesta.

2.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de los datos se realizó a través de una encuesta de elaboración propia conformada por 13 preguntas. Las primeras ocho preguntas evalúan conocimientos, las siguientes tres valoran actitudes y las últimas dos, prácticas relacionadas al cáncer de piel. Las mismas se clasificaron en seis, tres y dos categorías respectivamente para su interpretación. Se incluyeron preguntas de selección, desarrollo y tipo Likert de 5 puntos

La validación del instrumento se realizó en tres etapas; en la primera etapa se sometió a valoración por expertos (un dermatólogo y un médico familiar), en la segunda se realizó un pilotaje aleatorio con 10 estudiantes del noveno ciclo de medicina de la universidad técnica particular de

Loja, en la tercera etapa se aplicó la encuesta a 18 personas, entre ellos médicos, enfermeras y estudiantes de medicina.

Para la recolección de la información, se solicitó al director de las unidades asistenciales del distrito 11D01, la autorización y nómina de los profesionales participantes. Además, se elaboró un consentimiento informado que habilita la participación en el estudio. La aplicación de la encuesta se realizó en visitas a las unidades operativas, cubriendo todos los establecimientos en el período mencionado.

Terminada esta fase se elaboró una base de datos en Excel 2013 (v15.0), en la que se incluyó y codificó las variables estudiadas. Posteriormente se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 2014, versión 23.0 for Windows) con el fin de procesar la información y llevar a cabo el análisis estadístico, usando frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar.

2.4 Definición y operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
Variables sociodemográficas	Descripción de las características sociales y demográficas de la población de estudio	Edad	Número de años cumplidos a la fecha de la encuesta	Edad en años cumplidos	Número de años cumplidos al momento de la encuesta	Frecuencia y porcentaje de casos por cada grupo	Encuesta sociodemográfica
		Sexo	Características físicas que definen a un sexo	Hombre (H)	Número de encuestados según su sexo biológico		
				Mujer (M)			
		Ocupación	Actividad habitual de una persona, para la que se ha preparado y titulado y recibe remuneración	Médico (a) (1)	Número de encuestados según la actividad desempeñada		
				Enfermero (a) (2)			
				Interno (a) Medicina (3)			
		Grado académico	Nivel y tipo de estudios actual	Estudiante (5)	Máximo nivel de estudios alcanzado		
				Titulación de grado (Enfermero/médico)			
				Postgrado no especialista			
				Postgrado especialista			

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
Conocimientos del personal de salud e internos	Información o saber que una persona posee o debe poseer y que es necesaria para llevar a cabo una actividad	Fototipos	I: Siempre se quema, nunca se broncea.	Conoce los fototipos I y II	Conoce los fototipos de riesgo para desarrollar cáncer de piel	Frecuencia y porcentaje	Encuesta
			II: Se quema fácilmente y se broncea muy poco.				
			III: Se quema moderadamente, se broncea gradualmente hasta alcanzar un tono trigueño claro.				
			IV: Se quema poco, siempre se broncea bien hasta alcanzar un tono moreno claro.				
			V: Rara vez se quema, se broncea fácilmente hasta alcanzar un tono moreno oscuro.				
			VI: Nunca se quema, muy pigmentado, el de menos sensibilidad al sol.				
		Tipos de Ca. De piel (Mayor incidencia)	Carcinoma basocelular	(1) Correcto	Conoce los 3 tipos de cáncer de piel de mayor prevalencia	Frecuencia y porcentaje	
			Carcinoma de células escamosas	(2) Incorrecto			
			Melanoma maligno				
		Factores de riesgo	Exposición a luz solar con frecuencia	(1) Sin riesgo	Conoce los factores de riesgo alto (Exposición a luz solar, Fototipos I y II, Antecedentes personales)	Frecuencia y porcentaje	
			Fototipos I y II	(2) Riesgo bajo			
			Antecedentes personales	(3) Riesgo Moderado			
Antecedentes familiares de Ca. de piel	(4) Riesgo alto						
Inmunosupresión	(0) Desconoce						
Infección por VPH	(9)No Contesta						

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
			Antecedentes de quemaduras solares con ampollas en la infancia				
			Nevos				
		Formas de prevención	Aplica protector solar a toda la piel expuesta, incluso en días nublados, todo el año.	1, No es útil	Conocimiento de las formas de prevención por parte del encuestado	Frecuencia y porcentaje	
			Seleccione protector solar con protección UVA-UVB	2, Poco útil			
			Use Factor de protección solar 30 FPS o más	3,Útil			
			Aplice una onza de protector solar a cada parte del cuerpo expuesta al sol (no olvide las orejas, la parte posterior de cuello y los pies)	4, Muy útil			
			Vuelva a aplicar protector solar cada 4 horas y con mayor frecuencia si está nadando o sudando.	0, Desconoce			
			9, No Contesta				
		Lesiones sospechosas	Cambio en la piel, como un lunar nuevo o uno que cambia en el tamaño, forma o color.	(1) Sin riesgo	Conocimiento de las lesiones sospechosas por parte del encuestado (Cambio en la piel, como un lunar nuevo o uno que cambia en el tamaño, forma o color, Un lunar que crece rápidamente, Una herida que no se cura en 3 semanas)	Encuesta	
			Mancha, lunar o úlcera con cambios como picazón, sensibilidad y/o dolor.	(2) Riesgo bajo			
Lesión pequeña, suave, brillante, pálida o serosa.	(3) Riesgo Moderado						

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
			Mancha plana roja, áspera, seca o escamosa, costrosa.	(4) Riesgo alto			
			Un lunar que crece rápidamente.	(0) Desconoce			
			Un crecimiento escamoso o con costra en la piel.	(9)No Contesta			
			Una herida que no se cura en 3 semanas				
			Un lugar en la piel que siente áspero como papel lija.				
		Criterios ABCDE	A por asimetría: un lunar que al dividirse imaginariamente en dos, no se ve igual en ambos lados.	(1) Correcto	Conocimiento de los criterios ABCD por parte del encuestado	Frecuencia y porcentaje	Encuesta
			B por borde: un lunar que tiene bordes poco definidos o irregulares.				
			C por color: los cambios en el color de un lunar incluyen el oscurecimiento, la extensión del color, pérdida del color o aparición de colores múltiples como azul, rojo, blanco, rosado, violeta o gris.				
			D por diámetro: un lunar de más de 5 mm.	Incorrecto (0)			
			E por evolución: un lugar que está levantado por encima de la piel y que tiene una superficie áspera o crece rápidamente.				

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
Actitudes del personal de salud e internos	Predisposición a actuar, predicado de un comportamiento futuro	Importancia de brindar información sobre el cáncer de piel	Todas las personas, independientemente del fototipo de la piel, están sujetas a los posibles efectos adversos de la radiación ultravioleta (UV) (Baron, 2018). Por lo que brindar información sobre cáncer de piel y medidas de protección es una práctica que el personal de salud debe tomar con todos sus pacientes.	Información a toda persona que acuda al servicio (1)	Personas a quienes proporciona información sobre cáncer de piel	Frecuencia y porcentaje	Encuesta
				Información solo a quienes consulten (2)			
				Información solo a quienes tengan lesiones primarias (3)			
				Información a personas de piel muy blanca (4)			
				No se debe brindar información (5)			
		¿Quién debería brindar esta información?	El cáncer de piel ha aumentado su incidencia, debido al sub-diagnóstico y la deficiente educación, lo cual limita su oportuno reconocimiento y detección. (Telich Tarriba et al., 2017) El diagnóstico por cualquier parte del equipo de salud significa un diagnóstico temprano con mayor tasa de tratamiento y sobrevida.	Exclusivamente los especialistas (Dermatólogo) (1)	Personal responsable de brindar información según el encuestado	Frecuencia y porcentaje	Encuesta
				Cualquier miembro del personal en salud del primer nivel de atención que tenga contacto con el o la paciente (2)			
				Médico (3)			
				Enfermera (4)			
		Necesidad de formación al respecto	Factores de riesgo y predisponentes Manifestaciones tempranas Diagnóstico	(1) Correcto	Necesidades de formación expresadas por el encuestado	Frecuencia y porcentaje	Encuesta
(2) Incorrecto							

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
Prácticas en el personal de salud e internos	acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas	Prácticas preventivas realizadas	En sus encuentros con pacientes, ¿Provee información sobre prevención primaria de cáncer de piel (Factores de riesgo, recomendaciones para limitar la exposición a rayos UV)?	1, Siempre	Acciones realizadas en la consulta habitual	Frecuencia y porcentaje	Encuesta
				2, Muchas veces			
				3, Pocas veces			
		En sus encuentros con pacientes, ¿Identifica factores de riesgo para cáncer de piel en sus pacientes?	4, Casi nunca				
		En sus encuentros con pacientes, ¿Realiza prevención secundaria de cáncer de piel (Detección del cáncer de piel en sus fases más tempranas, identificación de lesiones predictivas de malignidad)?	5, Nunca				
		Prácticas riesgosas ejecutadas	Se expone al sol entre las 09H00 y 16H00 horas.	1, Siempre			
Uso de camas de bronceado							
Se quema su piel en el sol							
Usa bloqueador solar							

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	Definición operacional	RANGO	INDICADORES	ESCALA	REACTIVOS
			Usa bloqueador solar con factor de protección solar (FSP) >3	2, Muchas veces			
			Se aplica bloqueador solar cada 4 horas durante el día				
			Practicar actividades y desplazamiento al aire libre sin protección solar	3, Pocas veces			
			Fuma cigarrillo				
			Al practicar actividades al aire libre usa prendas como sombreros, gafas de sol, gorras, camisas de manga larga, etc	4, Casi nunca			
			Realiza autoexploración de lesiones cutánea	5, Nunca			

CAPÍTULO III
RESULTADOS

3.1 Resultados específicos.

La población estudiada constó 40 participantes como total entre enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención del distrito 11D01, el 100% fue encuestado.

3.1.1 Tabla 1: Estadístico descriptivos de la población de estudio.

Estadísticos descriptivos de la población.			
Variable		Media	Desviación estándar
		38,2	11,6
Edad	Min.	22	
	Máx.	57	
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	5	12,5
	Mujer	35	87,5

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

En la tabla 1 se observa la distribución de la población por grupos de género, existe predominio femenino con 87,5% de los casos encuestados, se observa una edad media de 38,2 años con una desviación estándar de 11,6.

3.1.2 Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre cáncer de piel en la población de estudio.

Nivel de conocimiento sobre Cáncer de piel de la población.			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
¿Identifica los fototipos cutáneos de mayor riesgo para cáncer de piel?	Si	7	17,50
	No	33	82,50
		Frecuencia	Porcentaje
¿Identifica los tipos de cáncer de piel de mayor prevalencia?	Si	5	12,50
	No	35	87,50
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	1	2,50

¿Identifica los factores de riesgo alto para cáncer de piel?	No	39	97,50
¿Identifica las principales lesiones de riesgo para desarrollar cáncer de piel?		Frecuencia	Porcentaje
	Si	7	17,50
¿Reconoce la importancia de las recomendaciones para prevenir el Cáncer de piel?	No	33	82,50
		Frecuencia	Porcentaje
¿Describe los criterios ABCD para detección de Melanoma?	Si	23	57,50
	No	17	42,50
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	8	20,00
	No	32	80,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

La tabla 2 muestra desconocimiento mayor al 80% en todos los parámetros evaluados para conocimientos sobre cáncer de piel, 57,5% reconoce la importancia de las recomendaciones para prevenir el cáncer de piel.

3.1.3 Tabla 3: Actitudes sobre cáncer de piel en la población de estudio.

Actitudes sobre Cáncer de piel en la población.			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
Actitud personal del respecto a la importancia de brindar información	Informar a toda persona que acuda al servicio	39	97,50
	Informar solo a quienes consulten	1	2,50
	Informar solo a quienes tengan lesiones primarias	0	0,00
	Informar a personas de piel muy blanca	0	0,00
		Frecuencia	Porcentaje

Actitud del personal en cuanto a ¿Quién debería brindar información sobre cáncer de piel?	Exclusivamente los especialistas (Dermatólogo)	2	5,00	
	Cualquier miembro del personal en salud del primer nivel de atención que tenga contacto con el o la paciente	36	90,00	
	Médico/a	2	5,00	
	Enfermero/a	0	0,00	
	Interno/a	0	0,00	
		Frecuencia	Porcentaje	
Actitud del personal en cuanto a ¿Qué información debería conocer sobre cáncer de piel?	Factores de riesgo y predisponentes	SI	36	90,00
		NO	4	10,00
	Manifestaciones Tempranas	SI	25	62,50
		NO	15	37,50
	Diagnóstico	SI	12	30,00
		NO	28	70,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

La tabla 3 reporta 97% de la población encuestada cree que se debe informar sobre cáncer de piel a todas las personas que acuden al servicio de atención primaria. El 90% cree que la información sobre el cáncer de piel debe ser brindada por cualquier miembro del personal en salud del primer nivel de atención que tenga contacto con el paciente. El 90% de los encuestados cree que se debería saber los factores de riesgo y predisponentes para el desarrollo de cáncer de piel y 67,5% de los encuestados cree que se deberían conocer las manifestaciones tempranas de cáncer de piel, 30% de la población cree que se debería saber los criterios diagnósticos del cáncer de piel.

3.1.4 Tabla 4: Prácticas de enfermeros y enfermeras sobre el cáncer de piel.

Prácticas de la población sobre el cáncer de piel.		
Variable		
Praxis Profesional		Media
	Provee información sobre prevención primaria de cáncer de piel (Factores de riesgo, recomendaciones para limitar la exposición a rayos UV)	2,88
	Identifica factores de riesgo para cáncer de piel	3,15
	Realiza prevención secundaria de cáncer de piel (Detección del cáncer de piel pie en sus fases más tempranas, identificación de lesiones predictivas de malignidad)	3,43
En su vida diaria		Media
	Se expone al sol entre las 09H00 y 16H00 horas.	2,75
	Uso de camas de bronceado	4,85
	Se quema su piel en el sol	3,05
	Usa bloqueador solar	2,30
	Usa bloqueador solar con factor de protección solar (FSP) >30	2,68
	Se aplica bloqueador solar cada 4 horas durante el día	3,38
	Practicar actividades y desplazamiento al aire libre sin protección solar	3,45
	Fuma cigarrillo	4,95
	Al practicar actividades al aire libre usa prendas como sombreros, gafas de sol, gorras, camisas de manga larga, etc.	2,25
	Realiza autoexploración de lesiones cutáneas	2,78

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

La tabla 4 reporta una escala de tipo Likert de 5 puntos, 1 corresponde a la opción “siempre” y 5 corresponde a la opción “nunca” referente a las prácticas diarias de los encuestados, la media se aproxima a 3 en casi todas las prácticas, lo que muestra una tendencia a no brindar información

sobre prevención primaria, no identificar factores de riesgo ni realizar prevención secundaria de piel y no realizar actividades de riesgo ni practicar medidas de protección.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En Ecuador, las ciudades de la sierra del país, ubicadas a mayor altura sobre el nivel del mar, son los lugares con mayor incidencia de cáncer de piel, según los datos de SOLCA (2017). El décimo primer volumen del informe "Cancer incidence in Five Continents" (2017), establece que en el país existe una incidencia de CPNM de 4,9/100 000 habitantes y de melanoma de 2,2/100 000 habitantes.(Coello, 2017) (Bray F et al., 2017)

Los enfermeros y enfermeras representan el primer contacto con los pacientes en la atención de salud. Los resultados obtenidos de esta investigación muestran conocimientos de nivel bajo y medio en la población estudiada. Más del 80% de la población evaluada desconoce los fototipos de mayor riesgo para cáncer de piel, los tipos de cáncer de piel de mayor prevalencia, los factores de riesgo alto para cáncer de piel, las principales lesiones de riesgo para cáncer de piel y los criterios ABCD para detección de melanoma; sin embargo 57,5% reconoce la importancia de las recomendaciones para prevenir el cáncer de piel.

Respecto a actitudes sobre el cáncer de piel, 90% de los encuestados considera que todas las personas que acuden al servicio de atención deberían ser informadas sobre cáncer de piel por cualquier miembro del personal en salud del primer nivel de atención. La evaluación de las prácticas diarias de los encuestados muestra una tendencia a no brindar información sobre prevención primaria, no identificar factores de riesgo ni realizar prevención secundaria de cáncer piel y no realizar actividades de riesgo ni practicar medidas de protección.

Esta investigación pretende diseñar un modelo de necesidades de aprendizaje para la correcta atención primaria del cáncer de piel, así como el estudio realizado por Herrera et al (2013), esta es una de las pocas propuestas en nuestro medio. Al igual que en la investigación de (Herrera et al., 2013) en Cuba, se evidencia que el conocimiento sobre cáncer de piel en el área de enfermería no es óptimo, sin embargo, los resultados de este estudio sobre las actitudes demuestran una predisposición por parte de enfermeros y enfermeras a profundizar conocimientos específicos de este tema.

CONCLUSIONES

- El cáncer de piel es uno de los tipos de cáncer de mayor incidencia a nivel mundial, por su subdiagnóstico y la falta de educación sobre su prevención. El riesgo de padecerlo aumenta en las regiones más cercanas al ecuador, por el elevado índice de radiación ultravioleta.
- Los enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en salud del distrito 11D01 tienen un deficiente conocimiento sobre los principales tipos, factores de riesgo, predisponentes, lesiones precursoras y diagnóstico de cáncer de piel.
- Los enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en salud del distrito 11D01 reconocen la importancia de conocer las recomendaciones para prevenir el cáncer de piel.
- Los enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en salud del distrito 11D01 consideran que todo el personal que tiene contacto con el paciente debería informar sobre prevención de cáncer de piel a todas las personas que acudan al servicio.
- Los enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en salud del distrito 11D01 creen que se debería saber más sobre factores de riesgo, predisponentes y lesiones tempranas de cáncer de piel.
- Los enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en salud del distrito 11D01 muestran una tendencia a no brindar información sobre prevención primaria, no identificar factores de riesgo ni realizar prevención secundaria de cáncer de piel.

- La población estudiada tiende a no realizar actividades de riesgo, pero tampoco practicar medidas de protección contra el cáncer de piel.

RECOMENDACIONES

- Debido al mayor riesgo en las zonas ecuatoriales para desarrollar cáncer de piel, se recomienda desarrollar medidas de control y prevención para esta enfermedad.
- Basado en los resultados de la investigación, se recomienda el diseño de un programa de actualización de conocimientos sobre el cáncer de piel dirigido a todo el personal de salud en el primer nivel de atención.
- Basado en las necesidades de aprendizaje evidenciadas en la población de estudio, se recomienda implementar propuestas de aprendizaje para la identificación de los factores de riesgo alto para el desarrollo de cáncer de piel en enfermeros y enfermeras del primer nivel de atención en salud del distrito 11D01.
- Se recomienda continuar desarrollando estudios que identifiquen los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre el cáncer de piel, para establecer la repercusión de los mismos sobre la incidencia de la enfermedad en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA

- Arenas Guzmán, R., Asz Sigall, D., & Vega Memije, M. E. (2015). *Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento* (6th ed.). México D.F.: McGraw Hill Education.
- Baron, E. D. (2016). Selection of Sunscreen and Sun-Protective Measures. *UpToDate*.
- Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R, & Ferlay J. (2017). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI.
- Cañueto, J., & Román-Curto, C. (2018). Pronóstico y tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo Prognosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma. *Elsevier*, 2, 96–109. <https://doi.org/10.1016/j.piel.2017.01.013>
- Chummun, S., & Mclean, N. R. (2017). *The management of malignant skin cancers*. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.06.013>
- Coca, N. A. G., Rincón, E. H. H., & Ruiz, J. C. (2016). El impacto de la Prevención Primaria y Secundaria en la disminución del Cáncer de Piel. *CES Salud Pública*, 7(2). <https://doi.org/10.21615/3559>
- Coello, C. (2017). Quito con la tasa de incidencia más alta de cáncer de piel en Ecuador.
- Domínguez-Cherit, J., Rodríguez-Gutiérrez, G., Rosales, V. N., Caire, S. T., & Avalos, V. F. (2017). *Characteristics and risk factors for recurrence of cutaneous squamous cell carcinoma with conventional surgery and surgery with delayed intraoperative margin assessment*. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)* (Vol. 85). <https://doi.org/10.1016/j.circen.2018.01.012>
- Farberg, A., & Riger, D. (2017). The importance of Early Recognition of Skin Cancer. *Dermatologic Clinics*.
- Ferri, F. (2019). *Ferri's Clinical Advisor* (1st ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Gameros, P. C., & Eljure Téllez, J. (2016). El cáncer de piel, un problema actual. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 59(2), 7–14.
- Goldsmith, L. A., Katz, S. I., Gilchrest, B. A., Paller, A. S., Leffel, D. J., & Wolff, K. (2014). *Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Journal of Experimental Psychology: General* (8th ed., Vol. 136). Buenos Aires, Argentina.: Editorial Médica Panamericana.
- Herrera, Y. R., Orama, Y. R., Garc, N., Gonz, Y., Corti, C., Asistente, L. S., ... Plaza, M. (2013). Propuesta de plan de acciones dirigido a enfermeras de la atención primaria sobre la atención al paciente adulto mayor con cáncer de piel. *GerolInfo*, 8(1), 1–25.
- Instituto Nacional de Cancerología-ESE Colombia. (2015). *Manual para la detección temprana de cáncer de piel y recomendaciones para disminución de exposición a radiación ultravioleta*. Bogotá.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2016). *HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (19th ed.). México D.F.: McGraw Hill Education.
- Kimbrough, C., Urist, Ma., & McMasters, M. (2018). Melanoma y neoplasias malignas cutáneas-ClinicalKey.

- Lecuona, M. A., Leyva, L. J., & Guerrero, A. (2015). *Medicina General Diagnóstico en oncología* (1st ed.). Barcelona: Elsevier España.
- Lee, J., & Asgari, M. (2017). Características clínicas y diagnóstico del carcinoma cutáneo de células escamosas (CCS) - UpToDate.
- Niederhuber, J. E., Armitage, J. O., Doroshow, J. H., Kastan, M. B., & Tepper, J. E. (2019). *Abeloff's Clinical Oncology* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Porth, C. M., & Grossman, S. (2014). *Porth - Fisiopatología* (9th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Río Ysla, M. B., Yanes, I., & Benítez Alvarez, J. (2015). Carcinoma epidermoide. Revisión bibliográfica.
- Schadendorf, D., van Akkooi, A. C. J., Berking, C., Griewank, K. G., Gutzmer, R., Hauschild, A., ... Ugurel, S. (2018). Melanoma. *The Lancet*, 392(10151), 971–984. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31559-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31559-9)
- Schwartz, R., & Schwartz, R. (2018). Cáncer de piel no melanoma en cabeza y cuello. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(4), 455–467. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2018.06.007>
- Telich Tarriba, J. E., Plata, A. M., Baldín, A. V., & Campo, A. A. (2017). Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 15(2), 154–160.
- Wu, P. (2018). Epidemiología, patogenia y características clínicas del carcinoma de células basales - UpToDate.

ANEXOS

Tabla 1: Estadístico descriptivos de la población de estudio.

Estadísticos descriptivos de la población.			
Variable		Media	Desviación estándar
Edad		38,2	11,6
	Min.	22	
	Máx.	57	
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
	Hombre	5	12,5
	Mujer	35	87,5

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre cáncer de piel en la población de estudio.

Nivel de conocimiento sobre Cáncer de piel de la población.			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
¿Identifica los fototipos cutáneos de mayor riesgo para cáncer de piel?	Si	7	17,50
	No	33	82,50
¿Identifica los tipos de cáncer de piel de mayor prevalencia?	Si	5	12,50
	No	35	87,50
¿Identifica los factores de riesgo alto para cáncer de piel?	Si	1	2,50
	No	39	97,50
¿Identifica las principales lesiones de riesgo para desarrollar cáncer de piel?	Si	7	17,50
	No	33	82,50
¿Reconoce la importancia de las recomendaciones para prevenir el Cáncer de piel?	Si	23	57,50
	No	17	42,50
¿Describe los criterios ABCD para detección de Melanoma?	Si	8	20,00
	No	32	80,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

Tabla 3: Actitudes sobre cáncer de piel en la población de estudio.

Actitudes sobre Cáncer de piel en la población.				
Variable			Frecuencia	Porcentaje
Actitud personal del respecto a la importancia de brindar información	Informar a toda persona que acuda al servicio		39	97,50
	Informar solo a quienes consulten		1	2,50
	Informar solo a quienes tengan lesiones primarias		0	0,00
	Informar a personas de piel muy blanca		0	0,00
			Frecuencia	Porcentaje
Actitud personal en cuanto a ¿Quién debería brindar información sobre cáncer de piel?	Exclusivamente los especialistas (Dermatólogo)		2	5,00
	Cualquier miembro del personal en salud del primer nivel de atención que tenga contacto con el o la paciente		36	90,00
	Médico/a		2	5,00
	Enfermero/a		0	0,00
	Interno/a		0	0,00
		Frecuencia	Porcentaje	
Actitud personal en cuanto a ¿Qué información debería conocer sobre cáncer de piel?	Factores de riesgo y predisponentes	SI	36	90,00
		NO	4	10,00
	Manifestaciones Tempranas	SI	25	62,50
		NO	15	37,50
	Diagnóstico	SI	12	30,00
		NO	28	70,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.

Tabla 4: Prácticas de enfermeros y enfermeras sobre el cáncer de piel.

Prácticas de la población sobre el cáncer de piel.		
Variable		
Praxis Profesional		Media
	Provee información sobre prevención primaria de cáncer de piel (Factores de riesgo, recomendaciones para limitar la exposición a rayos UV)	2,88
	Identifica factores de riesgo para cáncer de piel	3,15
	Realiza prevención secundaria de cáncer de piel (Detección del cáncer de piel pie en sus fases más tempranas, identificación de lesiones predictivas de malignidad)	3,43
En su vida diaria		Media
	Se expone al sol entre las 09H00 y 16H00 horas.	2,75
	Uso de camas de bronceado	4,85
	Se quema su piel en el sol	3,05
	Usa bloqueador solar	2,30
	Usa bloqueador solar con factor de protección solar (FSP) >30	2,68
	Se aplica bloqueador solar cada 4 horas durante el día	3,38
	Practicar actividades y desplazamiento al aire libre sin protección solar	3,45
	Fuma cigarrillo	4,95
	Al practicar actividades al aire libre usa prendas como sombreros, gafas de sol, gorras, camisas de manga larga, etc.	2,25
	Realiza autoexploración de lesiones cutáneas	2,78

Fuente: Encuesta de elaboración propia.

Realizado por: Ian Pineda.