

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DIRECCION DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA BAJO LA
MODALIDAD DE RESIDENTADO MEDICO**



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“INCIDENCIA DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN EL HOSPITAL
VITARTE, PERIODO 2013-2017”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN DERMATOLOGÍA

PRESENTADO POR

CONDORI FERNÁNDEZ YAQUELIN

LIMA PERÚ

2019

INDICE

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Formulación Del Problema	3
1.2 Objetivos	4
1.3 Justificación Del Problema	5
1.4 Delimitación Del Área De Estudio	5
1.5 Limitaciones De La Investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Base Teórica	9
2.3 Definición De Conceptos Operacionales	13
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Hipótesis Global	14
3.2 Hipótesis Derivadas	14
3.3 Variables	15
CAPITULO IV METODOLOGIA	16
4.1 Tipo De Estudio	16
4.2 Métodos De Investigación	16
4.3 Población y muestra	16
4.4 Técnicas de recolección de datos	17
4.5 Técnicas de procesamiento de datos	17
4.6 Análisis de resultados	17
CAPITULO V: ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION	19
5.1 Recursos humanos	19
5-2 Recurso materiales	19
5.3 Presupuesto	19
5.4 Cronograma de actividades	19
BIBLIOGRAFIA	20
ANEXOS	23
Matriz de consistencia	23
Operacionalización de variables	24
Instrumento de recolección de datos	25

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No existe información estadística analizada o publicada sobre la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Hospital Vitarte.

La ausencia de notificación de casos de cáncer de piel no melanoma (CPNM), el sub registro de los mismos, además de la falta de implementación de recursos humanos y de anatomía patológica en el área de Dermatología de los Servicios de Salud, genera que los resultados oficiales, no reflejen realmente lo que ocurre en el Perú con dicha enfermedad.

Esta problemática, dificulta sustentar políticas en salud dirigidas a la promoción, prevención y tratamiento oportuno de esta patología.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel del tipo no melanoma en el “Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte”, en el periodo 2013–2017?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

1. ¿Cuál es la incidencia por año, del cáncer dérmico del tipo no melanoma en el Hospital-Vitarte, entre los años 2013 - 2017?
2. ¿Cuál es la incidencia de la enfermedad en mención, en el Hospital Vitarte entre el 2013 y el 2017, según género?
3. ¿Cuál es la incidencia del CPNM, en el Hospital-Vitarte entre el año 2013-2017 según grupo etareo?
4. ¿Cuál es la incidencia del cancer dermico del tipo no melanoma, en el Hospital de Vitarte, periodo 2013 -2017, según su localización corporal?
5. ¿Cuál es la incidencia de la enfermedad en estudio, en el Hospital-Vitarte, entre los años 2013–2017, según la procedencia?
6. ¿Cuál es la incidencia del cáncer cutáneo del tipo no melanoma en el “Servicio de Dermatología Hospital Vitarte” entre el 2013 y el 2017, según el nivel de instrucción de los pacientes en estudio?

1.2 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la incidencia del cáncer dérmico del tipo no melanoma en el “Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte” en el periodo 2013-2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la incidencia por año, del cáncer dérmico de tipo no melanoma en el Hospital-Vitarte, durante el periodo 2013-2017.
2. Establecer cual es la incidencia del CPNM en el Hospital-Vitarte, en el periodo 2013-2017, según genero.
3. Determinar cual es la incidencia del cáncer cutáneo de tipo no melanoma en el Hospital Vitarte, en el periodo 2013-2017, según grupo etareo.
4. Determinar la incidencia del cáncer dérmico no melanoma en de dermatología del Hospital-Vitarte, periodo 2013 - 2017, según localización corporal.
5. Establecer cual es la incidencia de la neoplasia de piel del tipo no melanoma en el Hospital-Vitarte, entre los años 2013 - 2017, según procedencia.
6. Determinar la incidencia de la enfermedad en mención en el “Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte”, entre el 2013 y el 2017, según el nivel de instrucción de los pacientes en estudio.

1.3 JUSTIFICACIÓN:

Se realiza el presente trabajo porque se desea conocer cual es la incidencia del cáncer dérmico de tipo no melanoma en el “Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte”, ya que a la fecha no existe información estadística analizada o publicada sobre la incidencia de esta patología en nuestro hospital; ni de las características de la población que lo padece.

La información obtenida permitirá reflejar de manera real la cantidad de pacientes diagnosticados con CPNM en el Hospital Vitarte y servirá como evidencia para plantear la creación de programas y proyectos dirigidos a la promoción y prevención en salud al respecto de este tema que aqueja de manera emergente a nuestra población.

Dicha información permitirá además sustentar la implementación del área de Cirugía Dermatológica en el Hospital Vitarte, poniendo a nuestro hospital y al Servicio de Dermatología al nivel de otros hospitales en el mundo en los que los dermatólogos han recuperado su liderazgo en la resolución de esta y otras patologías de manejo quirúrgica.

El presente trabajo tiene gran relevancia ya que brindara información sobre la situación actual del cáncer cutáneo tipo no melanoma en esta zona de Lima y proveerá información fidedigna sobre la incidencia de esta patología para contribuir con estudios a nivel nacional y mundial.

Este trabajo debe servir además como base para futuras investigaciones y como referente a otros establecimientos que deseen realizar trabajos relacionados al mismo tema.

1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

Lugar : Hospital de Vitarte – MINSA

Periodo de estudio : 2013 – 2017

Tipo de población estudiada :

Todos los pacientes que recibieron consulta en el “Servicio de dermatología del Hospital de Vitarte” y fueron diagnosticados con algún tipo de cáncer cutáneo de tipo no melanoma entre el año 2013 y el año 2017.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- Limitado personal para realizar la investigación.
- El financiamiento de la investigación recae sobre el investigador únicamente.
- No se cuentan con datos que permitan ampliar la investigación a años anteriores, debido al deficiente sistema de almacenamiento de información con el que se contaba anteriormente en el Hospital Vitarte.
- El Hospital de Vitarte, hasta la fecha no cuenta con un área de análisis de muestras de anatomía patológica, por lo que los pacientes diagnosticados y biopsiados en el servicio de dermatología deben acudir a otros establecimientos para la correcta lectura de sus muestras lo que dificulta llegar al diagnóstico definitivo.
- El servicio de Dermatología del Hospital de Vitarte cuenta con un limitado número de dermatólogos, que son los profesionales que están capacitados para realizar los procedimientos requeridos para el adecuado diagnóstico de cáncer de piel (biopsia), prolongando el acceso de los pacientes a este servicio.
- Las limitaciones previamente descritas, no impedirán la ejecución del presente proyecto.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

En el estudio realizado por G Grossi, M Jacquier, C Quattrocchi, M Dagatti, A Bergero, et al. Titulado: “Estudio epidemiológico y de concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina; 2012”. Se revisaron 5590 especímenes de piel que fueron analizados en patología, de los cuales 345 muestras fueron compatibles con neoplasia dérmica, el 58% correspondían a carcinoma basocelular (CBC), el 34% a carcinoma espinocelular (CEC) y 8% a melanoma (M). Se analizaron también las variables de: edad y sexo. En mujeres; 46% correspondían a CBC, 42% a CEC y 58% a Melanoma; en varones 54% correspondían a Carcinoma basocelular, 58% a espinocelular y 42% a Melanoma; no se reporto diferencia significativa en relación al tipo de neoplasia y el genero. Otra variable analizada fue la ubicación de la neoplasia cutánea; siendo la cabeza y cuello las regiones mas comprometidas⁵.

En el estudio realizado por P Arévalo, J Carvajal, A Jerves, titulado “Características Del Cáncer Dermatológico Diagnosticado en Biopsias de piel por El Laboratorio de Anatomía Patológica Del Hospital Vicente Corral Moscoso en el Periodo Junio 2011 – Junio 2013”, en Ecuador, En el estudio de tipo descriptivo - corte transversal, realizado en biopsias cutáneas analizadas por el servicio de “Anatomía Patológica del Hospital Vicente Corral Moscoso” entre los años 2011 y el 2013; de un total de 401 muestras, 63,3% (254) correspondían al genero femenino y el 36.7%(147) al genero masculino. Fue positivo para neoplasias el 29%; del cual el 50% fueron CBC, 28,6% CEC y 15,8% Melanomas. Sobre la localización: la más frecuente fue cara con 59,3%, miembros inferiores 20.3%, tronco12,7%, y 3,4% en miembros superiores. La relación mujeres/hombres fue de 2:1. La edad de mayor presentación fue entre 65 y 85 años; el melanoma que representa el tipo más agresivo se encontró en mayor porcentaje en extremidades inferiores.⁶

En el estudio realizado por A Sánchez, L García, R Casados y col. Titulado: “Cáncer de piel. Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años

en el noreste de México”. Se planteo el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico del cáncer cutáneo y sus variedades histológicas en el “ISSSTE Nuevo León” en el periodo 2008 - 2012. Para lo que se planteó un estudio descriptivo - retrospectivo, en usuarios de la institución con biopsia cutáneas positivas para neoplasia. Se obtuvo datos de AP y expedientes clínicos, con los siguientes resultados: 269 con diagnóstico positivo para cáncer dérmico, de los cuales el 71% eran epitelomas basocelulares, 15% correspondían a CEC, 5% a cáncer de tipo Melanoma y 23 (9%) otros tipos de cancer. Conclusión: La incidencia y la variedad histológica halladas, concuerdan con el resto de publicadas en todo el mundo⁷.

En el estudio presentado por B. Meza Mendez, titulado: “Características epidemiológicas del cáncer no melanoma en el Centro Medico Naval entre el 2009 y el 2014” Afirma que la incidencia de neoplasia cutanea de tipo no melanoma en la comunidad peruana es alta debido a los altos índices de radiación ultravioleta a la que nos exponemos y al predominio de la raza mestiza en la población. Objetivo del estudio: determinar cuales son las “Características epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara Lima – Perú”. Formulando una investigación de tipo observacional, retrospectiva, descriptiva y transversal entre el año 2009 y el año 2014. Mostrando que de un total de 156 casos compatibles con CPNM, estos se incrementaron de 11 a 54 casos entre el 2009 y el 2014. Se detectaron 127 epitelomas basocelulares y 29 carcinomas de tipo epidermoide. La edad promedio de presentación de la enfermedad fue de 68 años y el sexo masculino fue el mas afectado con 65%, en una relación H/M de 1.8:1. El 30% de los casos tenían fototipo IV y la región mas afectada fue la cabeza con diagnósticos de CBC y CEC en un 80% y 69 % respectivamente. Conclusión: La incidencia del CPNM se incremento en 5 veces su valor inicial entre el periodo 2009-2014 y el CBC fué el más diagnosticado. El CPNM se presentó en varones con fototipos IV y III en un 30 % tanto en carcinoma basocelular, como en carcinoma espinocelular²⁷.

2.2 BASE TEÓRICA

A la fecha, el cáncer de piel es el de mayor incidencia en humanos caucásicos en el mundo¹, corresponde aproximadamente a un tercio del total de las neoplasias; ubicándose primero el Carcinoma o epiteloma Basocelular (CBC) y segundo el Carcinoma escamoso o epidermoide (CEC), ambos denominados cáncer de piel no melanoma (CPNM); finalmente en tercer lugar está el Melanoma (M), que es separado de los 2 anteriores, porque su origen embrionario difiere en sus células precursoras al de los dos mencionados anteriormente^{1,3}.

El cáncer de piel tiene un origen multifactorial, siendo los agentes ambientales preponderantes, constituyéndose la exposición solar (radiación ultravioleta) como el factor predisponente de mayor relevancia para la formación del cáncer de piel debido a que esta producen mutaciones en el ADN de las células, daño que se acumula durante años².

La Organización Mundial de la salud (OMS) sostiene que “la capa de ozono” se viene adelgazando progresivamente, perdiendo así la propiedad de protegernos contra la radiación UV del sol; en promedio por cada 10% que adelgace la capa de ozono, se prevee 300,000 casos nuevos de neoplasias cutáneas de tipo no melanoma y 4,500 de neoplasias de tipo melanoma⁹.

La incidencia del cáncer cutáneo se ha elevado de manera exponencial en los últimos años; en Estados Unidos y Canadá ocurren más de un millón de casos nuevos por año⁸. Esta enfermedad se ha triplicado en los últimos 20 años⁹. En USA, el riesgo de padecer melanoma se incrementó de 1 por cada 1,500 personas en 1935 a 1 por cada 393 personas en el 2010^{4,12}. En Europa la incidencia incrementa 3.1% por año, desde hace 20 años. Australia presenta el mayor número de casos de cáncer de piel en el mundo y junto a Nueva Zelanda tiene la mayor tasa de mortalidad por melanoma^{4,12}.

Si hablamos de las neoplasias cutáneas de tipo no melanoma, veremos que los CBC cuentan con la mayor incidencia; se calcula que en los Estados Unidos de Norte América se llega a diagnosticar un promedio de 3.5 millones de pacientes anuales¹³ y en México esta neoplasia corresponde al 80% de las lesiones

malignas cutáneas.¹⁴ El segundo lugar es para el carcinoma epidermoide, su incidencia va a variar según el tipo de raza, la altitud en la que vive y la región geográfica de procedencia¹⁵.

El carcinoma basocelular, es una neoplasia epitelial focal, conformada por células parecidas a las células basales de la epidermis. Las células neoplásicas tienen como característica principal poseer un núcleo ovalado de gran tamaño y citoplasma escaso. Las células neoplásicas se agrupan y forman masas con hileras de células en empalizada, de tamaño variable^{16,17}. La Morbilidad del CBC es significativa debido a su capacidad para destruir tejido adyacente y extenderse, aunque su mortalidad es muy baja²¹.

El origen del CBC está en los queratinocitos basales en la epidermis, el folículo piloso y los conductos de las glándulas sudoríparas de tipo ecrino²². Los pacientes con foto tipos bajos (con ojos verdes o azules, pelirrojos o rubios, con efélides en rostro) y los que tienen ocupaciones o actividades recreacionales con exposición solar continua sobre todo entre las 10:00 y las 16:00 horas, van a tener mayor riesgo de presentar carcinoma basocelular o escamocelular, otro factor predisponente a considerar es el contacto con arsénico y a los productos que derivan del alquitrán de la hulla. Además esta neoplasia se van a presentar en lesiones que impliquen un trauma recurrente para la piel como úlceras, quemaduras o áreas de inflamación recurrente y/o crónica y sobre cicatrices. Otro factor de riesgo a tomar en cuenta es la inmunosupresión, debido a que esta puede condicionar alteraciones de la inmunidad contra los virus oncogénicos²³. El carcinoma basocelular presenta mayor afinidad por las áreas foto expuestas, observándose con mayor frecuencia en áreas como la cabeza y el cuello en un 80 %, tronco en un 15% y extremidades en menor porcentaje; se han descrito con menos frecuencia en otras localizaciones²⁴.

Dentro de las variantes de tipo clínico del CBC, la más frecuente es la nodular, llamada también nódulo ulcerativo, que se caracteriza por una pápula o nódulo perlado, presencia de telangiectasias superficiales y borde sobre elevado “en rodete”, con costra o ulceración central. Esta neoplasia puede asemejarse al molusco contagioso, las hiperplasias sebáceas, el melanoma tipo amelanótico, nevus de tipo intradérmico, los carcinomas de células de Merkel, las pápulas

fibrosas nasales, los tricoepiteliomas y otras neoplasias o patologías benignas anexiales que son consideradas para el diagnostico diferencial. Cuando presente ulceración, el diagnostico diferencial se hará sobretodo con carcinoma epidermoide y los queratoacantomas²¹.

El Carcinoma basocelular de extensión superficial, es el segundo en frecuencia, se puede manifestar como una placa eritematosa descamativa.²⁴ Puede presentar regresión de tipo espontánea dejando áreas atróficas e hipopigmentadas. La localización mas frecuente corresponde a torax y extremidades. El diagnóstico diferencial debe realizarse con enfermedades como psoriasis, un eczema numular y queratosis actínicas, además de la enfermedad de Bowen y los melanomas amelanóticos vistos sobre todo en su fase inicial²¹.

El CBC de tipo morfeiforme, conocido tambien como infiltrativo, esclerosante o fibrosante; se manifiesta como una lesión tipo placa cicatricial, con una superficie dura, color blanco – rosado y bordes mal definidos, se debe realizar el diagnostico diferencial con lesiones cicatriciales, las esclerodermias localizadas, los dermatofibro sarcomas protuberans, el carcinoma de células de Merkel y otros tumores de tipo anexial²⁴. Otra variante del Carcinoma basocelular es la de tipo quística o adenoide, la cual tiene un aspecto azul-grisáceo claro, ocasionalmente puede exudar un fluido. Con respecto al CBC pigmentado, este se caracteriza por ser una placa eritemato parduzca bien delimitada. Otra variante poco frecuente es el “fibroepitelioma de Pinkus”, este se presenta como una placa color rosado o un nódulo de similar color, ocasionalmente pediculado lo que dificulta distinguirlo del melanoma hipomelanotico o amelanótico ²⁵.

El carcinoma epidermoide o espinocelular (CEC) se origina en los queratinocitos de la epidermis y se caracteriza por la proliferación de células atípicas de esta estirpe, pueden abarcar la epidermis e incluso la dermis, mostrando pleomorfismo a nivel celular y a nivel nuclear, con nucléolos de gran tamaño, algunas veces células multinucleadas y áreas donde se puede apreciar mitosis atípicas; mostrando focos de queratinización celular individual e incompleta, conocidos como “perlas córneas”, las que representan una característica

importante de este tipo de tumor. Histológicamente la clasificación de esta neoplasia corresponde a CEC bien diferenciado, moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado^{18,19}.

El cáncer de piel tipo melanoma, constituye una de los cáncer cutaneos más agresivos y de peor pronóstico sobretodo si el diagnostico se hace tardíamente. Esta enfermedad tiene su origen en los melanocitos, las primeras alteraciones se verán a nivel de la unión dermo-epidérmica invadiendo secuencialmente la dermis, en estos casos el espesor de la lesión, evaluado por anatomía patológica define el pronóstico del paciente.^{19,20}

Gracias a los estudios epidemiológicos publicados, en los cuales se muestra un incremento de la incidencia del cáncer de piel no melanoma en los últimos años, se ha logrado desarrollar estrategias en aspectos de la salud publica tales como prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de estas patologías.

Tanto la incidencia como la prevalencia, estadísticamente se definen como medidas de frecuencia de la enfermedad, miden el “número de casos” con que una determinada enfermedad aparece en un grupo poblacional pre establecido. La prevalencia se refiere al porcentaje de la población que padece alguna enfermedad en un momento pre - determinado, es como una foto fija del momento; mientras que la incidencia nos va a cuantificar el número de casos nuevos de una determinada patología, la cual es motivo de estudio y que aparecen en un momento previamente establecido. Con respecto a la prevalencia, esta depende de la incidencia, esto quiere decir que las variaciones en la prevalencia pueden deberse a cambios en la duración de la patología en estudio o la incidencia de la misma. Ambas medidas son complementarias^{29,30}.

Las medidas de prevalencia son mas útiles para el estudio de enfermedades crónicas como la diabetes o la artritis reumatoide. Las medidas de incidencia son útiles en enfermedades con periodos de inducción cortos como las enfermedades infecciosas, síndrome coronarios, donde nos interesa medir el flujo, los casos nuevos; ambas medidas, nos permiten planificar o estimar necesidades en los servicios de salud^{29,30}.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.

Carcinoma basocelular. Histológicamente se considera una neoplasia epitelial focal, conformada a partir de células parecidas a las basales, que presentan un núcleo ovalado, grande y un citoplasma escaso; que se agrupan en nidos compuestos por hileras de células en empalizada de diversos tamaños^{16,17}.

Carcinoma espinocelular o epidermoide. Esta neoplasia tiene origen en los queratinocitos de la epidermis, cuya característica principal es proliferación de los queratinocitos atípicos, que pueden llegar a la dermis, mostrando un pleomorfismo celular, mitosis atípicas; queratinización individual y /o incompleta, denominados “perlas córneas” las cuales son características de este tumor^{18,19}.

Melanoma. Constituye una de los cánceres de piel más agresivos, cuando el diagnóstico se realiza muy tardíamente, la enfermedad tiene muy mal pronóstico. Esta neoplasia tiene origen en los melanocitos, se origina inicialmente en la unión dermo - epidérmica invadiendo progresivamente la dermis, produciendo metástasis a nivel ganglionar local y luego a distancia^{19,20}

Incidencia. Considerada como la cantidad de casos nuevos de una determinada patología, que se presentan en una determinada población, la cual se estudia en un período de tiempo pre establecido³⁰.

Pápula. Lesión sólida sobre elevada de menos de 1 centímetro de diámetro, con un área proyectada por encima del plano de la piel circundante²⁸.

Nódulo. Lesión sólida redondeada palpable, con un diámetro mayor a 1 centímetro, esta puede variar en profundidad describiéndose 5 tipos: Epidérmico, dermoepidérmico, dérmico, dermohipodérmico y subcutáneo²⁸.

Telangiectasia. Dilataciones persistentes de capilares pequeños en la dermis superficial, que se observan como líneas o ramificaciones reticuladas, rojas brillantes y finas, no pulsátiles en la piel²⁸.

Placa. Lesión sólida, sobre elevada, similar a una meseta, por encima del nivel que se aprecia de la piel normal, cuyo tamaño supera 1 centímetro de diámetro²⁸.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GLOBAL:

La “incidencia del cancer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 – 2017”, es mediana.

3.2 HIPOTESIS DERIVADAS:

1. La incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Hospital Vitarte, se ha ido incrementando cada año durante el periodo entre el año 2013–2017.
2. El genero femenino es el más afectado por cáncer dermico de tipo no melanoma en el Hospital-Vitarte entre el año 2013 - 2017.
3. Los adultos mayores son el grupo etareo más afectado por CPNM en el Hospital Vitarte durante el periodo 2013 –2017.
4. La cara es la localización anatómica mas frecuente de la neoplasia cutánea de tipo no melanoma en el periodo 2013 –2017.
5. La poblacion mas afectada por el cancer cutaneo tipo no melanoma proviene de regiones con alta radiación solar en el Perú.
6. La población mas afectada por el cáncer de piel no melanoma en el “Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte” entre el año 2013 y el 2017, cuenta con un nivel de instrucción bajo.

3.3 VARIABLES:

- Cáncer de piel no melanoma
- Año
- Género
- Edad
- Localización
- Procedencia
- Nivel de instrucción

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

- La presente investigación es no experimental porque no manipularemos las variables nos limitaremos a observarlas.
- Es descriptivo por que se va a describir lo que aconteció, en una población determinada, en el periodo de tiempo en estudio.
- Es retrospectivo porque se usará información registrada en las historias clínicas en el pasado.
- Es transversal porque las variables serán medidas en un solo momento.
- Es de analisis, pues se trasladará la información de las historias clínicas a una ficha de recolección de datos (instrumento) para su posterior analisis.

4.2 METODO DE INVESTIGACION

Deductivo, toda vez que el enfoque es cuantitativo.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajará con una población de 28 000 pacientes a quienes se brindó atención en el “Servicio de Dermatología del Hospital De Vitarte”, en el periodo 2013 -2017.

Se dispuso tomar una muestra de forma aleatoria de 146 personas, que con un porcentaje poblacional que corresponderá al 5%, consideramos será suficiente para poder calcular resultados con un porcentaje de confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales.

Criterios de inclusión:

- Todos los individuos que acudieron a consulta en el “Servicio de dermatología del Hospital Vitarte” y que fueron diagnosticados con algún tipo de cáncer cutáneo tipo no melanoma (CPNM) durante el período 2013 -2017

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuentan con historia clínica completa.
- Pacientes que no cuenten con diagnóstico confirmado por biopsia de cáncer de piel no melanoma.

Consideraciones de carácter ético:

La investigación respeta los postulados de la ética y retrospectivo donde la información obtenida no será empleada para otros fines fuera del marco de la investigación.

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Manual: Primero se realizará la recolección de datos estadísticos del área de estadística del Hospital Vitarte.
- Se obtendrá la información a través de la revisión de cada una de las historias clínicas seleccionadas.
- Se registrará la información obtenida en las historias clínicas en una hoja de registro de datos especialmente preparada para nuestro estudio (anexo 3).
- Se procederá con la evaluación y análisis de los datos obtenidos.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de la obtención de datos y el llenado del registro de recolección de datos formulado previamente, estos serán procesados mediante la utilización del programa Excel para su revisión y control de calidad y luego será ingresado al sistema SPSS para su análisis respectivo.

4.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizará un análisis descriptivo de las diferentes variables.

Primero se hará el cálculo de frecuencias de las variables cualitativas como: Cáncer de piel no melanoma, género, procedencia, localización de la lesión, con sus respectivos porcentajes, para estimar la incidencia del cáncer de piel no melanoma y otras proporciones según las características de los pacientes estudiados. En el caso de las variables cuantitativas como la edad se calculará el promedio y la desviación estándar.

Adicionalmente se realizará un análisis bi variado de la incidencia del cáncer dérmico en mención, por año y dentro del periodo de estudio, según edad, genero, procedencia, estado civil y ocupación, donde se utilizará el chi cuadrado o la f de Fisher, para ver si existen diferencias significativas para un P valor menor de 0.05 y plantear una posible asociación.

Los resultados se presentarán mediante elaboración de tablas y gráficos.

CAPITULO V: ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS HUMANOS

- 01 Residente de dermatología:
 - Dra. Yaquelin Condori Fernández
- 03 Asesores:
 - Docente de metodología:
Dra. Rosa Bertha Gutarra Vilchez
 - Director del Residentado Medico:
Dr. Antonio Ognio Bello.
 - Tutor de la Especialidad en Dermatología en el Hospital Vitarte:
Dr Hector Alberto Jimenez Tintaya.

5.2 RECURSOS MATERIALES

Los correspondientes a materiales de oficina y otros.

5.3 PRESUPUESTO

Asunido por el residente.

5.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2016		2017				2018	
	Agos - oct	Nov- dic	Ene- Jul	Ago- Set	Set- Oct	Nov- Dic	Ene- jun	Jul - Dic
Elaboración del proyecto	X	X						
Presentación del proyecto al asesor		X	X	X	X	X	X	X
Presentación de proyecto a la Universidad						X	X	X
Aprobación del proyecto								X
Publicación del proyecto								X

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantwell M, Murray L, Catney D, Donnelly D, Autier P, Boniol M, et.al. Second primary cancers in patients with skin cancer: a population based study in Northern Ireland. Br J Cancer 2009; 100: 174–177
2. Buendía, Eisman, Agustín. Epidemiología del Cáncer Cutáneo Melanoma. Revista Piel. Barcelona, España: Ediciones Doyma. 2008. Vol 17, pp. 3-4
3. De Merino Moina M. Prevención del Cáncer de piel y consejo de prevención solar. <http://www.aepap.org/previnfad/fotoproteccion.htm>
4. Buendía, Eisman, Agustín, Martínez, Garcia. Registros de Cáncer y Cáncer de Piel. Revista Piel. Barcelona, España: Ediciones Doyma, volumen 11, pp. 507-509.
5. Grossi P, Jacquier M, Dagatti I, Bergero E, Sánchez I, Cesarios M, et.al. Estudio epidemiológico y de concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina; 2012. <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/179%20Estudio%20epidemiol%C3%B3gico.pdf>
6. Arévalo, Espinoza P, Carvajal J, Jerves A. Características Del Cáncer Dermatológico Diagnosticado En Biopsias De Piel Por El Laboratorio De Anatomía Patológica Del Hospital Vicente Corral Moscoso En El Periodo Junio 2011 – Junio 2013. Universidad De Cuenca – Ecuador.
7. Alfaro A, García L, Casados R, Rodríguez R. Cáncer de piel: Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años en el noreste de México. Dermatol Rev Mex. 2016 mar;60(2):106-113.
8. World Health Organization (WHO). Programs and projects, Skin Cancer. GLOBOCAN 2012. Acceso 20 de agosto 2015. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/cancertopics/index.php.html>
9. Dos Santos Silva I. Epidemiología del cáncer: Principios y métodos. Lyon: IARC Press; 1999. Dermato oncología del Centro Dermatológico

- Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. *Dermatol Rev Mex* 2012;56:30-37.
10. Welch HG, Woloshin S, Schwartz LM. Skin biopsy rates and incidence of melanoma: Population based ecological study. *Br Med J* 2005;331:481.
 11. Guy J, Thomas C, Thompson T, et al. Vital signs: melanoma incidence and mortality trends and Projections. United States, 1982-2030. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:591.
 12. Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol* 2009;27:3.
 13. Saucedo P, Gutiérrez M, Medina A. Cáncer de piel en el Centro Dermatológico Pascua. Estudio epidemiológico de 10 años. *Dermatol Rev Mex* 2005;49:231-239.
 14. Rogers H, Weinstock M, Harris A, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. *Arch Dermatol* 2010;146:283.
 15. Mercadillo P, Moreno L. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:118- 127
 16. Alcalá D, Medina A, Torres S, Navarrete G. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2013;22:5-14.
 17. Saúl A. Lecciones de Dermatología. 15^a ed. México: Méndez Ed., 2008.
 18. Barrón T, Peniche J, Pencihe A, et al. Carcinoma epidermoide de piel. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2004;67:71-77.
 19. Arenas R. Atlas de dermatología, diagnóstico y tratamiento. 5^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2012.
 20. Kaiser S, Vassell R, Pinckney R, Holmes E, James T. Clinical impact of biopsy method on the quality of surgical management in melanoma *J*

- Surg Oncol 2014;109:775-779.
21. Marzuka A, Book SE. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *Yale J Biol Med.* 2015;88:167-79.
 22. Firnhaber J. Diagnosis and treatment of Basal cell and squamous cell carcinoma. *Am Fam Physician.* 2012;86:161- 8.
 23. Crowson A. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol.* 2006;19 Suppl 2:S127-47.
 24. Rubin A, Chen E, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2005;353:2262-9.
 25. Gencoglan G, Ozdemir F. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck: clinical evaluation and histopathology. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2012;20:423-35.
 26. Borbujo J, Arias D, Garrido A, Álvarez E. Tumores cutáneos en la atención primaria (parte II) Cáncer cutáneo no melanoma. *Educación medica Continua España* 2016.
 27. Meza B, Características epidemiológicas del cáncer no melanoma en el Centro Medico Naval entre el 2009 y el 2014. Universidad Privada San Martín de Porres, Facultad de medicina, Unidad de Post Grado, Lima – Perú 2015.
 28. Amit Garg, Nikki A, Levin y Jeffrey D. Bernhard. Estructuras de las lesiones cutaneas y fundamentos del diagnostico clinico. En: *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General.* 8va edición. 2013; 26-41.
 29. Tapia Granados JA. Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 216-218.
 30. Tapia Granados JA. Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 140-142.

ANEXOS:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Problema	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Variables	Tipo y diseño del estudio	Población de estudio y Procesamiento de datos
INCIDENCIA DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN EL HOSPITAL DE VITARTE, PERIODO 2013-2017	¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, en el periodo 2013 – 2017?	Determinar la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 -2017.	La incidencia del cancer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 – 2017, es mediana.	Cancer de piel no melanoma	TIPO DE ESTUDIO No experimental Descriptivo Retrospectivo Transversal y De analisis,.	POBLACION DE ESTUDIO: Se trabajara con una población de 28 000 pacientes que fueron atendido en el consultorio de dermatología del Hospital De Vitarte, en el periodo 2013-2017
	Preguntas Secundarias	Objetivos Específicos	Subhipotesis			
	¿Cuál es la incidencia por año del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, durante el periodo 2013 -2017?	Determinar la incidencia por año, del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, durante el periodo 2013 -2017.	La incidencia de cáncer de piel no melanoma en el servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, se ha ido incrementando cada año durante el periodo entre el año 2013–2017.	Casos nuevos de cancer de piel no melanoma en los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 en el Hospital Vitarte	METODO DE INVESTIGACIÓN Deductivo, toda vez que el enfoque es cuantitativo.	La muestra estará constituida por 146 individuos atendidos en el periodo 2013 -2017; para una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales y un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 5%. El porcentaje de reposiciones necesaria sera del 50%.
	¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 – 2017, según género?	Determinar la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, en el periodo 2013 -2017, según genero.	El genero femenino es el más afectado por cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital de Vitarte durante el periodo 2013 - 2017.	Genero		
	¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 – 2017, según grupo etareo?	Determinar la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, en el periodo 2013 -2017, según grupo etareo.	Los adultos mayores son el grupo etareo más afectado por cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 –2017.	Edad		
	¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 – 2017, según su localización corporal?	Determinar la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, en el periodo 2013 -2017, según localización corporal.	La cara es la localización anatómica mas frecuente del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital de Vitarte en el periodo 2013 –2017.	Localizacion		
	¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el año periodo 2013 – 2017, según la procedencia?	Determinar la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, en el periodo 2013 -2017, según procedencia.	La poblacion mas afectada por el cancer de piel no melanoma proviene de regiones con alta radiación solar en el Perú.	Procedencia	PROCESAMIENTO DE DATOS: Para la revision, el control y el registro de datos obtenidos, se usará el programa Excel; luego los datos serán ingresados al sistema SPSS para su análisis respectivo.	
¿Cuál es la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte en el periodo 2013 – 2017, según el nivel de instrucción de los pacientes en estudio?	Determinar la incidencia del cáncer de piel no melanoma en el Servicio de Dermatología del Hospital Vitarte, en el periodo 2013 -2017, según el nivel de instrucción de los pacientes en estudio.	La población mas afectada por el cancer de piel no melanoma cuenta con un nivel de instrucción bajo.	Nivel de instruccion			

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS	FUENTE
Cancer de piel no melanoma	<p>El carcinoma basocelular, es una neoplasia epitelial focal, formada por células parecidas a las basales. Las células que proliferan en este tumor se caracterizan por tener un núcleo grande de forma oval y escaso citoplasma.</p> <p>El carcinoma epidermoide o espinocelular, es una neoplasia maligna que se distingue por la proliferación de queratinocitos atípicos, que se extienden desde la epidermis hasta la dermis, presenta pleomorfismo celular y nuclear.</p>	Estudio histopatológico de piel.	Cualitativa	Nominal	Carcinoma basocelular. Carcinoma epidermoide o espinocelular	Historia clínica
Incidencia por años	Numero de Casos nuevos de cancer de piel no melanoma diagnosticados en el 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 en el servicio de dermatología del Hospital Vitarte.	Primer diagnóstico histopatológico de piel.	Cualitativa	Nominal	Casos nuevos en el 2013 Casos nuevos en el 2014 Casos nuevos en el 2015 Casos nuevos en el 2016 Casos nuevos en el 2017	Historia clínica
Edad.	Tiempo transcurrido desde la fecha desde el nacimiento hasta la entrevista, sub dividido en etapas como lo plantea Jordi Altés (2011): niñez comprende de 5 a 13 años, adolescente de 14 a 17 años, adulto joven de 18 a 35 años, adulto de 36 a 64 años y finalmente tercera edad a mayores de 65 años.	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón Categorizada en ordinal	05-13 años (Niño) 14-17 años (Adolescente) 18-35 años (Adulto Joven) 35-65 años (Adulto) >64 años (Tercera edad)	Historia clínica
Genero	Conjunto de caracteres que diferencian a los hombres y mujeres, tanto en la morfología genital externa y la educación	Fenotipo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Historia clínica
Localización anatomica	Descripción de ubicación en la anatomía humana	Evaluación anatomica de la ubicación del cancer	Cualitativa	Nominal	Partes del cuerpo humano: Cabeza y Cuello, Torax anterior, Torax posterior, Abdomen, Genitales, Brazos, Piernas, Manos y Pies	Historia clínica
Procedencia	Lugar de origen, región política del Perú donde nació.	Regiones del Peru	Cualitativa	Nominal	Regiones políticas del Peru (25 regiones)	Historia clínica
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.		Cualitativa	Nominal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Historia clínica

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NUMERO DE PACIENTE	HISTORIA CLINICA	AÑO DEL DIAGNOSTICO DEFINITIVO ATENCION	GENERO MUJER (1) VARON (2)	EDAD (AÑOS)	PROCEDENCIA (*)	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA	HUBICACION DE LA LESION	OBSERVACIONES
						ANALFABETO (1) PRIMARIA (2) SECUNDARIA (3) SUPERIOR (4)	CARCINOMA ESPINOCELULAR (1) CARCINOMA BASOCELULAR (2)	CABEZA Y CUELLO (1), PECHO (2), ABDOMEN (3), ESPALDA(4), GENITALES (5), BRAZOS(6), PIERNAS(7), MANOS(8) Y PIES(9)	
001									
002									
003									
004									
005									
006									
007									
008									
009									
010									

(*) **REGIONES DEL PERÚ:**(1)Amazonas(Chachapoyas), (2)Áncash (Huaraz),(3)Apurímac(Abancay), (4)Arequipa, (5)Ayacucho, (6)Cajamarca,(7)Callao,(8)Cusco, (9)Huancavelica, (10)Huánuco, (11)Ica,(12)Junín(Huancayo),(13)La Libertad(Trujillo), (14)Lambayeque(Chiclayo),(15)Lima,(16)Loreto(Iquitos), (17)Madre de Dios(Puerto Maldonado), (18)Moquegua(Moquegua),(19)Pasco(Cerro de Pasco), (20)Piura, (21)Puno, (22).San Martín(Moyobamba), (23)Tacna, (24)Tumbes, (25)Ucayali(Pucallpa)