



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017.		
Autor: FRANKLIN ANDRES SALTOS JACOME.		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	4.5
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	4.5
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *	10	10
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

DR. LUIS HONORIO VELEZ ALARCÓN
C.I. 130744091-5

FECHA: Guayaquil, 02 de Mayo del 2018.



Universidad de Guayaquil

ANEXO 10

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO:	FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017		
AUTOR:	FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME		
REVISOR/TUTOR:	DR. VICTOR HUGO HINOSTROZA SALTOS, DR. LUIS VELEZ ALARCON.		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	08 DE MAYO DEL 2018	No. DE PÁGINAS:	58
ÁREAS TEMÁTICAS:	NEOPLASIAS		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	CARCINOMA, BASOCELULAR, EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO, APOSITOS BIOLOGICOS, PIEL, EPIDERMIS.		
<p>El carcinoma basocelular es la variante de cáncer de piel más frecuente, el cual tiene su origen en la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Es el tipo más común de cáncer cutáneo y la neoplasia más frecuente en el ser humano, es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero su capacidad para metastatizar es muy limitada.</p> <p>Existen diferentes tipos: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial. En cuestión de su localización se encuentran en un 85% en la región cervico-facial, teniendo predilección por la nariz en un 30%, región paranasal, pabellón y zona preauricular, área palpebral, mejillas y sien.</p> <p>La exposición a la radiación ultravioleta es el factor más importante para el desarrollo de Carcinoma Basocelular, pero se conoce también que otros factores de riesgo muy influyentes es la exposición crónica al arsénico, terapia con radiación, terapia inmunosupresora, traumas mecánicos, cicatrices recalcitrantes y el síndrome de nevus de células basales.</p> <p>La exposición y la susceptibilidad del huésped a la radiación solar se consideran factores de riesgo que están en íntima relación la genética de cada persona, siendo más susceptibles aquellos pacientes con piel clara, ojos claros, cabello rojo, ascendencia europea y los extremos etarios (niños y adultos mayores).</p> <p>Hablando específicamente en nuestro país, las condiciones laborales de ciertas personas, aportan al alto riesgo de desarrollar Carcinoma Basocelular, sobretudo en áreas rurales donde trabajadores como agricultores, pescadores, mineros, campesinos, van a estar en contacto directo y muchas veces no protegidos ante la radiación ultravioleta proveniente del sol.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 0984599292	E-mail: franklinsaltos93@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
	Teléfono: 042284505		
	E-mail: www.ug.edu.ec		



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 04 de Mayo del 2018.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado DR. VICTOR HUGO HINOSTROZA SALTOS, tutor del trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **FRANKLIN ANDRES SALTOS JACOME**, con C.I. No. **120449947-7**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO GENERAL**, en la Carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. VICTOR HUGO
HINOSTROZA SALTOS.
C.I. No. 0904768306



Universidad de Guayaquil

ANEXO 12

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO
NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME con C.I. No. 120449947-7, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME
C.I. No. 120449947-7

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

**“FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA
BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017”**

Autor: Franklin Andrés Saltos Jácome.

Tutor: Dr. Luis Honorio Vélez Alarcón.

Resumen

El carcinoma basocelular es la variante de cáncer de piel más frecuente, el cual tiene su origen en la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Es el tipo más común de cáncer cutáneo y la neoplasia más frecuente en el ser humano, es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero su capacidad para metastatizar es muy limitada.

Existen diferentes tipos: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial. En cuestión de su localización se encuentran en un 85% en la región cervico-facial, teniendo predilección por la nariz en un 30%, región paranasal, pabellón y zona preauricular, área palpebral, mejillas y sien.

La exposición a la radiación ultravioleta es el factor más importante para el desarrollo de Carcinoma Basocelular, pero se conoce también que otros factores de riesgo muy influyentes es la exposición crónica al arsénico, terapia con radiación, terapia inmunosupresora, traumas mecánicos, cicatrices recalcitrantes y el síndrome de nevos de células basales.

La exposición y la susceptibilidad del huésped a la radiación solar se consideran factores de riesgo que están en íntima relación con la genética de cada persona, siendo más susceptibles aquellos pacientes con piel clara, ojos claros, cabello rojo, ascendencia europea y los extremos etarios (niños y adultos mayores).

Hablando específicamente en nuestro país, las condiciones laborales de ciertas personas, aportan al alto riesgo de desarrollar Carcinoma Basocelular, sobretodo en áreas rurales donde trabajadores como agricultores, pescadores, mineros, campesinos, etc van a estar en contacto directo y muchas veces no protegidos ante la radiación ultravioleta proveniente del sol.

Palabras Clave: CARCINOMA, BASOCELULAR, EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO, EPIDERMIS.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
Unidad de Titulación

**"RISK FACTORS OF BASAL CELL CARCINOMA FOCUSED ON PATIENTS
FROM THE UNIVERSITY HOSPITAL OF GUAYAQUIL – 2017"**

Author: Franklin Andrés Saltos Jácome.

Advisor: Dr. Luis Honorio Vélez Alarcón.

Abstract

Basal cell carcinoma is the most frequent variant of skin cancer, which originates in the basal layer of the epidermis and its appendages. It is the most common type of skin cancer and the most frequent neoplasm in humans, locally it is infiltrative, aggressive and destructive, but its ability to metastasize is very limited.

There are different types: nodular, ulcerative, pigmented, sclerosing and superficial. In terms of their location they are found 85% in the cervico-facial region, having a nose predilection of 30%, paranasal region, pabellon and preauricular area, palpebral area, cheeks and temples.

Exposure to ultraviolet radiation is the most important factor for the development of Basal Cell Carcinoma, but it is also known that there are other very influential risk factors such as chronic exposure to arsenic, radiation therapy, immunosuppressive therapy, mechanical traumas, recalcitrant scars and the basal cell nevi syndrome.

Exposure and susceptibility of the host to solar radiation are considered risk factors that are intimately related to the genetics of each person, being more susceptible those patients with fair skin, light eyes, red hair, European ancestry and age extremes (children and seniors).

Speaking specifically in our country, the working conditions of certain people, contribute to the high risk of developing Basal Cell Carcinoma, especially in rural areas where workers such as farmers, fishermen, miners, etc. will be in direct contact and often not protected before the ultraviolet radiation coming from the sun.

Keywords: CARCINOMA, BASAL CELL, EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS, EPIDERMIS.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
Unidad de Titulación

RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN*

Form containing evaluation criteria table with columns: EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN ORAL, PUNTAJE MÁXIMO, CALF., and COMENTARIOS. Includes fields for title, author, tribunal member name, and date of sustentation.



Universidad de Guayaquil

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA Unidad de
Titulación

ANEXO 16-A

ACTA DE CALIFICACIÓN FINAL DE TITULACIÓN (MODALIDAD TRABAJO DE TITULACIÓN)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME.			
TITULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN			
PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL –			
CALIFICACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN			
EVALUACIÓN DE LA MEMORIA ESCRITA	Calificación del Tutor del Trabajo de Titulación		NOTA PARCIAL 1:
	Calificación del Tutor Revisor del Trabajo final de Titulación		NOTA PARCIAL 2:
EVALUACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN ORAL	Calificación de la sustentación del Trabajo de Titulación el Tribunal		NOTA PARCIAL 3:
Miembro 1		Promedio	
Miembro 2			
Miembro 3			
NOTA FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN (promediar NOTA PARCIAL 1 ,2 y 3)			
Firma del Tribunal Miembro 1 (Presidente)	_____		C.I. No.
Firma del Tribunal Miembro 2	_____		C.I. No. _____
Firma del Tribunal Miembro 3	_____		C.I. No.
Firma de Estudiante 1	_____		C.I. No. _____
Firma de Estudiante 2	_____		C.I. No. _____
Firma de la Secretaria	_____		C.I. No. _____
FECHA :	Guayaquil,		



Universidad de Guayaquil

ANEXO 16- B

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
Unidad de Titulación

ACTA DE CALIFICACIÓN FINAL DE TITULACIÓN (MODALIDAD EXAMEN DE GRADO DE TIPO COMPLEXIVO)

Nombre del Estudiante: _____		
CALIFICACIÓN DEL EXÁMEN COMPLEXIVO		
EVALUACIÓN	Calificación del Examen de grado de tipo Complexivo	NOTA
EXAMEN DE GRADO DE TIPO COMPLEXIVO TEÓRICO		
EXAMEN CDE GRADO DE TIPO COMPLEXIVO PRÁCTICO		
NOTA FINAL DEL EXAMEN DE GRADO DE TIPO COMPLEXIVO (promediar NOTA PARCIAL 1 Y NOTA PARCIAL 2)		
Firmas de Responsabilidad		
Director de carrera o su delegado		C.I. No. _____
Docente Teoría		C.I. No. _____
Docente Práctica		C.I. No. _____
Firma del Estudiante		C.I. No. _____
Firma de la Secretaria		C.I. No. _____
FECHA :	Guayaquil,	



Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 4 de Mayo del 2018.

**Sr. Dr. CECIL FLORES BALSECA
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envié a Ud. el informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017** del estudiante **FRANKLIN ANDRES SALTOS JACOME C.I 120449947-7**, las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguiente aspectos:

- El título tiene máximo de 15 palabras
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante **FRANKLIN ANDRES SALTOS JACOME C.I 120449947-7** está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

**DR. VICTOR HUGO
HINOSTROZA SALTOS.
C.I. No. 0904768306**



Universidad de Guayaquil
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado DR. LUIS HONORIO VELEZ ALARCÓN, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME, C.C.: 120449947-7, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MÉDICO.

Se informa que el trabajo de titulación: FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL - 2017, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND, quedando el 0% de coincidencia.

Screenshot of the URKUND plagiarism detection software interface. It shows document details, a list of sources with 0% similarity, and a side-by-side comparison of the document's introduction text with a source from the University of Guayaquil archives.

https://secure.arkund.com/view/37376407-444486-905755#q1bKLVayio7VUSrOTM/LTMtMTsxLTIWYmqqFAA==

Handwritten signature of Dr. Luis Honorio Velez Alarcón.
DR. LUIS HONORIO VELEZ ALARCÓN
C.I. 130744091-5



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 2 de Mayo del 2018.

**Sr. Dr. CECIL FLORES BALSECA
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

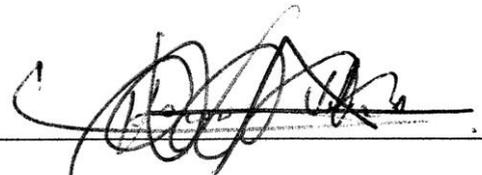
Envié a Ud. el informe correspondiente a la TUTORIA realizada al trabajo de titulación **FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL – 2017** del estudiante **FRANKLIN ANDRES SALTOS JACOME C.I 120449947-7**, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluída esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO** para los fines pertinentes que el estudiante **FRANKLIN ANDRES SALTOS JACOME C.I 120449947-7** está apto para continuar el proceso de revisión final.

Atentamente,



DR. LUIS HONORIO VELEZ ALARCÓN
C.I. 130744091-5



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA BASOCELULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL - 2017**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MÉDICO**

ESTUDIANTE: SALTOS JACOME FRANKLIN ANDRES.

TUTOR: DR. LUIS VELEZ.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017-2018

ÁREA/ LÍNEA Y SUBLÍNEA DE INVESTIGACIÓN

ÁREA	LÍNEA	SUBLÍNEA
Neoplasias	Dermatológicas	Perfil epidemiológico

INTRODUCCION

El carcinoma basocelular (CBC) es la variante más frecuente de cáncer de piel. Como su nombre lo indica, tiene su origen en la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Es el tipo más común de cáncer cutáneo y la neoplasia más frecuente en el ser humano, es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero su capacidad para metastatizar es muy limitada. Existen diferentes tipos: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial (Gutiérrez Vidrio RM, 2013).

La incidencia varía a nivel mundial, depende de la edad, la latitud, el grupo étnico siendo más común en las personas de raza blanca que viven próximas al Ecuador. (Rueda X, et al, 2013).

El propósito de esta investigación es analizar los factores de riesgo del carcinoma basocelular en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil entre el periodos de Enero a Diciembre y de esta manera se espera actualizar la información de esta patología que aumenta día a día su demanda, además de proporcionar información y recomendaciones que sirvan para la elaboración de estrategias de prevención y tratamiento oportuno y minimizar el impacto negativo de la misma.

A través de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, se analizará las frecuencias y proporciones del carcinoma basocelular en el departamento de Archivos del Hospital Universitario de Guayaquil, de los pacientes atendidos en la consulta

externa durante el periodo de enero a diciembre del 2017. Se utilizarán variables clínicamente relevantes para poder evaluar los factores de riesgos asociados al

carcinoma basocelular. La muestra se dividirá en grupos según los factores de riesgos y complicaciones y el mismo análisis realizado para cada grupo por separado.

Los resultados del estudio permitirán conocer las características demográficas de la población con carcinoma basocelular sus factores asociados y complicaciones, permitiendo comparar la estadística nacional y regional, además de determinar los resultados de los métodos de diagnósticos y tratamientos utilizados, con lo que se espera un mejor manejo de esta patología.

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El carcinoma basocelular es la variante más frecuente de cáncer de piel. Se caracteriza por tener un crecimiento lento, ser localmente invasivo y destructivo y presentar un bajo potencial metastásico (Lewin JM, 2015). Los individuos con historia de un carcinoma basocelular presentan un riesgo mayor para presentar lesiones subsecuentes. Aproximadamente el 40% de los pacientes que tuvieron un carcinoma basocelular desarrollarán otra lesión durante los siguientes cinco años (Robinson JK, 2016).

Factores ambientales y genéticos contribuyen al desarrollo del carcinoma basocelular. La exposición a la radiación ultravioleta es el factor más importante (Robinson JK, 2012) (Van Dam RM, 2014) (Kennedy C Bajdik CD,2014). Otros factores de riesgo establecidos incluyen la exposición crónica al arsénico (Boonchai W, 2013), terapia con radiación, terapia inmunosupresora, traumas mecánicos, cicatrices recalcitrantes y el síndrome de nevos de células basales.

La mayoría de los factores de riesgo tienen una relación directa con los hábitos de exposición y la susceptibilidad del huésped a la radiación solar. Estos factores de riesgo incluyen piel clara, ojos claros, cabello rojo, ascendencia europea y la edad (Van Dam RM, 2014). El tipo, la cantidad y el tiempo de exposición solar asociados a la incidencia incrementada de carcinoma basocelular no están claramente definidos. La exposición solar durante la infancia parece ser más importante que durante la edad adulta

(Gallagher RP, 2015). El 70% del carcinoma basocelular se presentan en la cara y la cabeza. Las formas más comunes son la nodular y la superficial, que juntas representan el 90% de los casos (Marzuka AG, 2015) (Lewin JM, 2015).

En nuestro país existe un grupo etario y de trabajadores expuestos a condiciones laborales de alto riesgo como agricultores, pescadores, mineros, campesinos que van a representar la mayor exposición a este cáncer. (Metterle L, 2016).

Para el 2010 existió un aumento significativo de cáncer de piel en mujeres ocupando según el registro estadístico de Solca el 2do lugar entre los cánceres más frecuentes de la ciudad de Guayaquil con una tendencia en aumento de 0.2% al 7%. El grupo de edad más afectado es en mayores de 75 años, con una tasa cruda de 43%. El grupo de edad menos afectado fue el de 0 a 14 años. Para el año 2012 la mortalidad para el cáncer de piel fue de 0.5% ocupando el lugar 35 (Solca, 2016).

La realización de este estudio se fundamentará en la necesidad de identificar los factores de riesgos asociados del carcinoma basocelular en los pacientes de la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil, el cual permitirá ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, así como proporcionar medidas de prevención en los pacientes que acuden a nuestra institución. Además, el aumento de la población de pacientes que consultan a esta institución y siendo una patología que afecta principalmente a pacientes de edad media en edad reproductiva, de alta demanda laboral, ocasionando pérdida del trabajo, sumando al aumento de la morbimortalidad cuando se presenta en pacientes de la tercera edad, ocasiona la necesidad del estudio.

En el hospital Universitario de Guayaquil según los reportes de los últimos 5 años, se observa un incremento significativo del número de pacientes que consultan a la

institución, además de no contar con investigaciones actualizadas sobre carcinoma basocelular, motivo por el cual se planteó una propuesta de investigación que permitieron en forma documentada identificar los factores de riesgos asociados que puedan motivar un desenlace desfavorable de esta patología (Hospital Universitario, 2016).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia, sus factores de riesgos asociados y complicaciones del carcinoma Basocelular en los pacientes atendidos en la consulta externa del área de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2017?

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza: Es un estudio básico de observación indirecta, retrospectiva, transversal y descriptivo.

Campo: Salud Pública

Área: Dermatología

Aspecto: Carcinoma Basocelular

Tema de Investigación: Factores de Riesgo en Carcinoma Basocelular en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2017.

Lugar: Hospital Universitario de Guayaquil

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1.- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con carcinoma basocelular atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2017?
- 2.- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes de estudio?
- 3.- ¿Cuáles son los factores de riesgos asociados y complicaciones de los pacientes con carcinoma basocelular?
- 4.- ¿Cuál es la asociación de los factores de riesgo con las complicaciones de los pacientes con carcinoma basocelular?

El presente trabajo de titulación es un estudio de tipo descriptivo y de enfoque cuantitativo que analizará los factores de riesgos asociados del carcinoma basocelular en los pacientes atendidos en la consulta externa del área de dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil entre enero a diciembre del 2017. Se buscará establecer si existen asociaciones entre los factores de riesgos asociados y las complicaciones clínicas y mortalidad. Se planteará soluciones a las interrogantes encontradas sobre: etiología, factores de riesgos asociados y complicaciones, además se aportará con recomendaciones para reducir el riesgo y morbimortalidad por esta patología.

Un número limitados de estudios han descrito la epidemiología del cáncer de piel y la epidemiología del carcinoma basocelular no son una excepción. Por lo tanto, los factores de riesgos asociados al carcinoma basocelular no se han evaluado ampliamente.

En el Hospital Universitario de Guayaquil hay una incidencia de pacientes con carcinoma basocelular con tendencia a incrementarse en el transcurso del tiempo.

Según datos del departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil, en el 2012 se reportaron 16 casos de carcinoma basocelular (2% de todos los cánceres presentados en ese año en la institución), en relación con los 33 (4%) reportados en el 2016, de un total de 830 pacientes con cáncer en dicho periodo (Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil,2016). Actualmente no hay estudios que demuestren información específica sobre la estadística de los factores de riesgos asociados al carcinoma basocelular y sus complicaciones, según consta en los archivos del departamento de Docencia e investigación de la institución. (Departamento de Docencia e investigación, 2015).

Este estudio es conveniente por que no existen datos actualizados en los últimos años en el Ecuador, además no existe un programa de vigilancia epidemiológica de carcinoma basocelular por lo que no contamos con datos confiables con los cuales se puedan realizar estudios epidemiológicos, esto crea la necesidad de implementar formas de

evaluación en nuestro servicio de los factores de riesgos asociados y sus complicaciones, para estadísticas actualizadas que nos ayuden a determinar si los manejos que empleamos son adecuados y cuál de ellos da mejores resultados en el abordaje y tratamiento.

A través de un estudio analítico, observacional, descriptivo y transversal, utilizando escalas de evaluación pronósticas y con los datos obtenidos de los registros clínicos, se determinará y caracterizará la población susceptible a complicaciones de esta enfermedad. Mediante la determinación de los factores de riesgo y complicaciones se podrá implementar las medidas necesarias para mejorar los resultados de manejo de los pacientes, disminuyendo las complicaciones a largo plazo que esta patología pueda ocasionar así mismo para reducir la morbimortalidad de los pacientes atendidos en la consulta externa en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil.

El presente estudio permitirá identificar los factores de riesgos locales y generales del carcinoma basocelular y sus complicaciones en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil.

Este trabajo se realizará para recompensar en forma recíproca los conocimientos otorgados por la Universidad de Guayaquil, la cual nos dio todas las facilidades necesarias para mi formación y su elaboración es un requisito previo a la obtención del título de Médico.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVOS GENERALES

Determinar la prevalencia, sus factores de riesgos asociados y complicaciones del carcinoma Basocelular en los pacientes atendidos en la consulta externa del área de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer las características epidemiológicas de los pacientes con carcinoma basocelular atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2017.

Determinar las características clínicas de los pacientes de estudio.

Identificar los factores de riesgos asociados y complicaciones de los pacientes con carcinoma basocelular.

Establecer la asociación de los factores de riesgo con las complicaciones de los pacientes con carcinoma basocelular.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

GENERALIDADES: El cáncer de piel es una de las neoplasias más comunes, en algunos países ocupa el primer lugar en frecuencia. Su incidencia se ha incrementado en las últimas décadas y es muy importante que el médico general tenga una idea amplia de lo que implica esta patología y referir al paciente con el especialista para el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.

El riesgo de un sujeto para desarrollar cáncer en la piel depende de factores constitucionales y ambientales. Los factores constitucionales incluyen la historia familiar, cabello claro o rojo, múltiples nevos melanocíticos, sensibilidad a la exposición solar, entre otros. Mientras que la radiación ultravioleta (UV) es un factor de riesgo ambiental bien establecido, y el más importante.

El cáncer de piel no-melanoma incluye principalmente las neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como:

- Linfomas cutáneos
- Carcinoma de células de Merkel
- Sarcoma de Kaposi
- Angiosarcoma
- Enfermedad de Paget
- Histiocistomas malignos entre otros.

Los cánceres cutáneos son los tumores malignos más frecuentes, siendo la región cervico-facial la zona donde aparecerán la mayoría de ellos. Su letalidad es considerada baja, pero en algunos casos en que el diagnóstico se demora pueden aparecer ulceraciones y deformidades físicas graves principalmente en el área de la cabeza y cuello. (Mendenhall WM, 2016).

Se considera que 1 de cada 6 individuos en USA padecerá algún tipo de cáncer cutáneo a lo largo de su vida. Afectan predominantemente a los caucásicos (99%) especialmente aquellos de piel clara y ojos azules y cabellos rubios o pelirrojos, siendo muy infrecuente en la raza negra. Más del 80% de las lesiones se sitúan en la región de la cabeza y cuello, siendo la zona "H", la más afectada, con predominio de la nariz y el pabellón auricular. (Mendenhall WM, 2016).

El tratamiento de estas neoplasias es básicamente quirúrgico, aunque frecuentemente con mucha morbilidad asociada, por la importancia cosmética y funcional del área de la cabeza y cuello, asiento de más del 80% de estos tumores. Tienen buen pronóstico con un tratamiento precoz y adecuado, una supervivencia a los 5 años de más del 95%. (Lobos, 2014)

CARCINOMA BASOCELULAR.

El carcinoma basocelular (CBC) es la variante más frecuente de cáncer de piel. Como su nombre lo indica, tiene su origen en la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Se caracteriza por tener un crecimiento lento, ser localmente invasivo y destructivo y presentar un bajo potencial metastásico. Los individuos con historia de un CBC presentan un riesgo mayor para presentar lesiones subsecuentes.

Es el más frecuente, representando aproximadamente el 75% de lo TCNM, en el 85% aparecen en la región cervico-facial, teniendo predilección por la nariz en un 30%, región paranasal, pabellón y zona preauricular, área palpebral, mejillas y sien. En USA se estiman por año aprox. 900.00 casos nuevos. (Lobos, 2014)

Afecta predominantemente a varones adultos mayores de 50 años y ancianos, caucásicos (piel y cabellos claros).

Aproximadamente el 40% de los pacientes que tuvieron un CBC desarrollarán otra lesión durante los siguientes cinco años. Factores ambientales y genéticos contribuyen

al desarrollo del carcinoma basocelular. La exposición a la radiación UV es el factor más importante. Otros factores de riesgo establecidos incluyen la exposición crónica al arsénico, terapia con radiación, terapia inmunosupresora, traumas mecánicos, cicatrices recalcitrantes y el síndrome de nevos de células basales. (Mendenhall WM, 2016)

La mayoría de los factores de riesgo tienen una relación directa con los hábitos de exposición y la susceptibilidad del huésped a la radiación solar. Estos factores de riesgo incluyen piel clara, ojos claros, cabello rojo, ascendencia europea y la edad. El tipo, la cantidad y el tiempo de exposición solar asociados a la incidencia incrementada de CBC no están claramente definidos. La exposición solar durante la infancia parece ser más importante que durante la edad adulta. La frecuencia e intensidad de la exposición solar son factores igualmente importantes. La exposición solar de manera intermitente e intensa incrementa más el riesgo de presentar carcinoma basocelular que la exposición continua. El 70% de los carcinoma basocelular se presentan en la cara y la cabeza. Las formas más comunes son la nodular y la superficial, que juntas representan el 90% de los casos. (Mendenhall WM, 2016).

Epidemiología.

Es el cáncer más común diagnosticado en caucásicos. No tiene predilección por sexo y se relaciona con la exposición al sol. Australia es el país con la más alta incidencia anual con promedios de 1 a 2 % por año y su incidencia ha ido en aumento tanto en Europa como en EE. UU; especialmente en el adulto joven, en relación a los hábitos de exposición al sol. En Chile existen pocos estudios de prevalencia. En el Registro poblacional del cáncer en la provincia de Valdivia, el cáncer de la piel es el 3ero en orden de frecuencia, siendo un poco mayor en el sexo femenino: 55%, apareciendo casos aislados antes de los 30 años, aumentando desde los 40 años, alcanzando a los 70 años tasas de 119x100.000 en mujeres y 141x100.000 en hombres. El CB constituye el 60% de los diagnósticos. (Lobos. P 2014)

Etiología y etiopatogenia.

Su etiología es desconocida, postulándose diversos factores de riesgo.

El principal lo constituyen las radiaciones ultravioletas, siendo otros las radiaciones ionizantes, la inmunosupresión principalmente en receptores de trasplante renal, antecedentes familiares, heridas, historia previa de cáncer cutáneo y algunas enfermedades hereditarias como el xenoderma pigmentosum. No se han identificado lesiones premalignas, siendo una neoplasia que aparece de novo. Se lo ha relacionado con mutaciones en el gen PTH, un gen que regula la remodelación de tejidos en la etapa embrionaria. (Mendenhall WM, 2016).

Estudios genéticos señalan la aparición de mutaciones en el ADN que conducen al desarrollo de los TCNM, como la inactivación del gen supresor p53 o disregulaciones de oncogenes como el ras.

Si bien, la capacidad de estos tumores es excepcionalmente baja (0.002-0.55%), su capacidad de crecimiento por contigüidad es bastante alta, siguiendo las vías de menor resistencia, y tiene afinidad por la dermis, planos fasciales, periostio, pericondrio y tejido perineural, afectando principalmente al Trigemino V2 y Facial VII.

La invasión perineural tiene mal pronóstico porque puede diseminarse a distancia siguiendo las vainas nerviosas. La infiltración local, especialmente en el área de la cabeza y cuello es bastante alta, llegando a erosionar las estructuras sobre las que se asienta, como nariz y orbita.

Se diferencian dos formas clínicas principales; la de carcinoma basocelular plano y la variante de tumor perlado. (Mendenhall WM, 2016)

El carcinoma basocelular plano, que carece de irregularidades en su superficie, en forma de placas de bordes irregulares, teniendo 3 formas clínicas, el eritematoide, el pagetoide y el esclerodermiforme, que consiste en una placa esclerosada dura, blanco amarillento, siendo el más frecuente en la cara, ya que el resto son más frecuentes en el tronco.

El carcinoma basocelular perlado es la forma más frecuente de presentación, llegando a ser el 95% de los casos. Se presenta como una elevación circular sésil o pediculada, en general surcada por telanquectasias. Generalmente origina ulceraciones superficiales, creando los perlado ulcerados o ulcerados. En determinadas situaciones, la ulceración aparece precozmente y de forma masiva, dando lugar a la variedad muy agresiva llamada *ulcus rodens*. Los de peor pronóstico los constituyen las formas terebrantes o infiltrantes y las ulcero-vegetantes, en las que hay que hacer el diagnóstico diferencial con los carcinomas espinocelulares. (Alfaro 2015).

Histopatología.

Las células propias de este tumor poseen núcleos grandes, ovalado o elongados y un citoplasma escaso, que se asemeja a las células basales de la epidermis, pero con relación núcleo/citoplasma mayor y ausencia de desmosomas. Las células con más basofilia que las de la epidermis normal, lo que permite diferenciarlas claramente.

Es típica la disposición en empalizadas de las células tumorales, mientras que se disponen de una forma más irregular en el centro de las lesiones. Entre el parénquima tumoral y el estroma conectivo se puede observar la presencia de una hendidura característica, este detalle isla s de tumor separadas del estroma es un signo de diagnóstico. (Alfaro 2015).

Histogénesis.

Varias teorías han sido propuestas para explicar su origen: a partir de células basales de la epidermis, del infundíbulo o de la vaina externa del folículo piloso, células germinales epiteliales dormidas, células epiteliales pluripotenciales de la capa basal que persisten a través de la vida, células de la unidad piloseácea y células de otros

anexos de la piel. Esto puede explicarse por la variedad histológica y el sitio anatómico de las muestras tomadas. Lo más observado desde el punto de vista histopatológico, es el origen a partir de la epidermis y el folículo pilosebáceo. Algunos autores sugieren que tanto el carcinoma basocelular como el espinocelular, compartirían un mismo origen a partir de una célula epitelial pluripotencial y factores del estroma participarían en su ulterior diferenciación. (Lobos P. 2014)

Variantes clínicas:

1) Nodular: la más común y responsable del 60% de los carcinomas basocelulares primarios. Consiste en un nódulo eritematoso o rosado bien definido, con una apariencia translúcida y cubierto de telangiectasias, que a medida que crece puede llegar a ulcerarse. La presencia de melanina en su superficie le puede dar una tonalidad café o negra, que lleva a confundirlo con una lesión melanocítica. Si bien es de crecimiento lento, dejado su libre evolución puede alcanzar grandes tamaños y una gran profundidad, destruyendo planos adyacentes (nariz, párpados, órbita, etc).

2) Superficial (multicéntrico): es una variante común, más frecuente en el tronco y las extremidades, aunque también puede comprometer cabeza y cuello. Se presenta como una mácula eritematosa o roja, a veces con una escama superficial que orienta hacia una placa de eccema o psoriasis. Puede presentar áreas de regresión espontánea, caracterizadas por atrofia e hipopigmentación, como también zonas con pigmentación, que pueden llevar a confusión con una lesión melanocítica. A pesar de que su crecimiento suele ser en el plano horizontal, a través del tiempo puede hacerse infiltrativo y presentarse como una zona indurada, susceptible de ulcerarse y formar un nódulo. Puede presentar extensión lateral subclínica, lo que explicaría la significativa tasa de recurrencia.

3) Morfeiforme: esta variedad se caracteriza por una placa indurada de color marfil similar a morfea (escleroderma localizada), que puede estar cubierta con telangiectasias. Su tratamiento suele ser difícil, ya que la extensión subclínica característica, dificulta la identificación de los márgenes.

4) Quístico: la degeneración quística de un carcinoma basocelular a veces es solo un hallazgo en la histopatología, por lo que clínicamente solo puede tener el aspecto de

basocelular nodular o el de una lesión azul grisácea translúcida de aspecto quístico, que al puncionarla puede dar salida a un líquido claro.

5) Carcinoma Basocelular con patrón agresivo de crecimiento (infiltrativo o micronodular): se caracteriza por lesiones planas o placas ligeramente elevadas, con límites mal definidos o una placa firme de aspecto morfeiforme. Estos tipos tienen un comportamiento agresivo y destructivo, con diseminación subclínica y alto porcentaje de recurrencia, por lo que su caracterización histopatológica es primordial.

6) Fibroepitelioma de Pinkus: variante muy poco frecuente con características histológicas típicas. Se ubica principalmente en el dorso y clínicamente es una lesión eritematosa nodular de superficie suave y frecuentemente pedunculada, que simula un acrocordon. (Lobos P 2014).

Histología.

Las clasificaciones basadas en el patrón de crecimiento, más que en el tipo de diferenciación, suelen ser más útiles en la planificación del tratamiento y lo dividen en: circunscrito representado por la forma nodular y sus variantes (sólido, adenoideo, quístico, pigmentado, etc) o con patrón de crecimiento difuso: superficial, morfeiforme, infiltrativo, micronodular, etc).

Carcinoma Basocelular circunscrito: el tipo nodular o noduloulcerativo es el más común de los carcinoma basocelular y está compuesto por grandes islotes de células basaloides, de forma y tamaño regular y cohesionados entre sí, con un estroma fibrovascular. Los márgenes son convexos y el tumor crece en forma expansiva, con márgenes profundos y laterales bien circunscritos.

Los tipos más frecuentes de la forma circunscrita son:

a) **Sólido:** caracterizado por grandes islotes de células basaloides, sin signos de diferenciación hacia ninguna estructura anexial. Células uniformes en tamaño con grandes núcleos y escaso citoplasma. Las células en la periferia de los islotes, están alineadas en forma paralela formando empalizadas.

b) **Carcinoma Basocelular con metaplasia escamosa (basoescamoso, metatípico):** algunos carcinoma basocelular presentan regiones con características celulares que simulan carcinomas espinocelulares (CE). Se caracterizan por células con características basaloides y escamoides, pero que, a diferencia del CE, retienen su organización típica en CB y su característica proliferación estromal.

c) **Carcinoma Basocelular adenoideo:** consiste en bandas finas de células basaloides de diferentes tamaños, rodeadas de un estroma mucinoso. Este atrapamiento de la mucina dentro de los islotes celulares, produce el aspecto de estructuras tubulares o glandulares.

d) **Carcinoma Basocelular quístico:** son los que presentan una o excepcionalmente más de una gran laguna central, que contiene restos amorfos y células epiteliales acantolíticas parcialmente degeneradas.

e) **Carcinoma Basocelular pigmentado:** A pesar de que cualquier carcinoma basocelular puede contener cantidades variables de melanina, con la excepción del morfeiforme, la mayoría de los pigmentados son del tipo sólido. Los melanocitos se encuentran entre las células basales y las células neoplásicas y contienen cantidades variables de melanina. En el estroma hay numerosos macrófagos, con gran contenido de melanina.

Carcinoma basocelular con patrón de crecimiento difuso: a diferencia de la variante común nodular que se presenta en forma de pápula redondeada de bordes bien definidos, las lesiones con crecimiento difusa tienden a ser en placas o planas, crecen horizontalmente y tienen bordes mal definidos.

a) **Carcinoma Basocelular superficial:** consiste en lóbulos de células atípicas basales en la dermis papilar que contienen amplias conexiones con la epidermis, por lo que no hay extensión en profundidad hacia la dermis. Los lóbulos muestran la característica empalizada y están rodeados por un estroma fibrovascular delgado.

b) **Carcinoma Basocelular morfeiforme:** son los de mayor dificultad terapéutica, por sus extensiones centrifugas múltiples (en promedio 7mm) lo que dificulta la delimitación clínica de sus márgenes, tanto por inspección como palpación. Contienen un estroma fibroso denso, lo que impide el tratamiento mediante curetaje. Están formados por cordones, hebras y pequeños nidos de células basaloides, embebidas en un estroma denso de haces de colágeno engrosados.

c) **Carcinoma Basocelular infiltrante:** es un tipo característico, que, si no es tratado adecuadamente, sigue un curso agresivo con gran destrucción local. Se caracteriza por islotes elongados y cordones de células atípicas ampliamente separadas, los nidos son angulados y pueden estar orientados perpendicularmente a la superficie. Puede haber empalizada, pero es mínima. A diferencia del morfeiforme que se expande periféricamente, este también lo hace en profundidad.

d) **Micronodular:** comparte con el anterior su propensión a la dispersión de los nidos de células epiteliales. Está compuesto de agregados de células basaloides pequeños y redondeados, con fenómeno de empalizada muy bien desarrollado. Son lesiones mal definidas y planas, con capacidad de invadir profundamente. (Lobos P. 2014)

Diagnóstico.

De manera general, el diagnóstico suele ser sencillo si tomamos en cuenta su topografía, que generalmente es en la cara y su morfología característica.

Aunque se requiere la biopsia para el diagnóstico definitivo, la dermatoscopia puede utilizarse para la evaluación clínica de las lesiones sospechosas. Las características comunes del CBB incluyen el patrón vascular típico, las estructuras en hoja de arce, los grandes nidos ovoides de color azul-gris, los glóbulos azul-gris, la ulceración y las estructuras radiadas. (Arreaga T. 2015)

Estudio de diagnóstico.

La historia clínica y la exploración con atención al tamaño y grado de infiltración del tumor y búsqueda de posibles metástasis regionales. La realización del hemograma y estudios de coagulación y la biopsia completan los estudios obligatorios para los tumores cutáneos.

La Bioquímica, Rayos X y TAC, son pruebas optativas y en función de la historia y biopsia.

Tipos de Carcinoma Basocelular nodular son el pigmentado, superficial, morfeiforme y el fibroepitelioma o tumor de Pinkus.

Un basalioma tratado inicialmente de forma correcta tiene una tasa de curación cercana a 99% siendo el quirúrgico el método de elección. El principal problema que plantean estos tumores es la capacidad de recidiva, incluso tardía (50% en el 1 año, y hasta 18% entre el 5 y 10 años) siendo las áreas de mayor recidiva, la nariz, el pabellón auricular, área peri ocular, piel del labio. (Alfaro 2015).

MATERIALES Y METODOS

METODOLOGÍA

El presente trabajo de titulación tiene enfoque cualitativo, no experimental, retrospectivo y de corte transversal, que tomará datos numéricos y estadísticos de los pacientes con carcinoma basocelular atendidos en la consulta externa del área de dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil, realizando una sola toma de datos estadísticos.

Es un estudio epidemiológico observacional donde no habrá intervención por parte del investigador ya que los datos serán recogidos directamente de las historias clínicas de eventos que ya registrados previamente. Se empleará el método de investigación

analítico, para identificar los factores de riesgo de la enfermedad, la complicación presentada y su asociación con factores de riesgo presentes.

Se utilizará técnicas cualitativas, para analizar los resultados obtenidos en la investigación y métodos estadísticos para cumplir con los objetivos del estudio. Se buscará establecer el grado de relación que existe entre la variable independiente (complicaciones del carcinoma basocelular) y la variable dependiente (factores de riesgo asociados). Se realizará pruebas de hipótesis y se buscará la relación causa-efecto. Se empleará el método de observación indirecta para la recolección de datos de las historias clínicas, para lo cual se diseñará una hoja de recolección de la información donde constarán las variables de estudio y se creará una base de datos en Microsoft Excel 2010, para su posterior análisis en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Se utilizará estadística descriptiva y no paramétrica para el análisis de la información, con un nivel de significancia del 95%, representando los datos en forma de frecuencias y porcentajes. La presentación de los resultados se realizará en forma de cuadros simples, de doble entrada y gráficos de barras o circulares, que servirán para la interpretación de los resultados y elaboración de conclusiones, para lo cual se empleará recursos bibliográficos y metodológicos. Las pruebas estadísticas a utilizar serán:

- Chi cuadrado para describir la relación entre variables cualitativas.
- Riesgo relativo o Razón de prevalencia para establecer factores de riesgo.

Solo se registrará el número de historia clínica y no se tendrá en cuenta datos de identificación personal para salvaguardar los principios bioéticos de los pacientes del estudio. Se empleará recursos materiales bibliográficos, estadísticos y metodológicos necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo.

TIPO DE INVESTIGACION.

Es un estudio de nivel descriptivo, tipo retrospectivo, observacional y estadístico de corte transversal. Se analizará todos los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Basocelular atendidos en la consulta externa del área de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo de enero a diciembre del 2017.

Se analizará el índice de morbimortalidad y su relación con el tiempo de consulta desde la aparición de la lesión, tiempo de espera hasta el tratamiento, tipo de lesión y complicaciones.

-Según la intervención: Observacional

-Según la planificación de la toma de los datos: Retrospectivo

- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal

- Según el número de variables analíticas: Analítico.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.

La ciudad de Guayaquil pertenece a la provincia del Guayas se encuentra en la región costera en la región litoral de Ecuador, cercana al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. El Cantón Guayaquil está compuesto por 16 Parroquias Urbanas y 5 Parroquias Rurales (Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil, 2016).

El complejo hospitalario está ubicado en el km. 23 de la vía perimetral, tiene una extensión de 12 hectáreas y consta de 12 edificaciones, Junto a esas tierras se mantiene un área verde de 3,7 hectáreas y los 22.000 m² pertenecientes al complejo recreativo de la Universidad de Guayaquil. La obra hospitalaria se empezó a construir en mayo del 2000 con los fondos del impuesto del dos por mil aplicado al capital de las empresas privadas domiciliadas en Guayaquil.

Dispone de 120 camas y servicios de consulta externa, cuidados intensivos de adultos y

pediátricos, neonatología, 5 quirófanos, laparoscopia, laboratorio clínico, imagenología, tomógrafo, ecografía, densitometría ósea, mamografía, anatomía patológica y optometría. Tiene 24 consultorios y capacidad para 800 consultas diarias. Este Hospital forma ya parte del ministerio de salud del Ecuador desde el año 2013 y brinda atención gratuita a la comunidad (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Tiene como visión ser una institución de atención integral de salud, docencia en servicio, educación continua e investigación científica permanente en las ciencias de la salud; con miras a constituirse en un modelo de gestión nacional e internacional. En pleno funcionamiento contribuirá a mejorar las condiciones de salud y vida de los ecuatorianos y fortalecerá el desarrollo académico de la Universidad de Guayaquil. El Hospital Universitario de Guayaquil, otorga servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de Mejoramiento continuo (Ministerio de Salud Pública, 2013).

UNIVERSO Y MUESTRA.

UNIVERSO:

Pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular atendidos en la consulta externa del área de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo de enero a diciembre del 2017.

MUESTRA:

De tipo no probabilística, cuantitativa, constituidos por todos los pacientes atendidos en la consulta externa, que cumplan con los criterios de inclusión de la investigación y que son tratados hasta la actualidad en nuestra institución.

VIABILIDAD.

El presente trabajo de titulación es viable porque cuenta con la aprobación del departamento de estadísticas y docencia de la Institución y de la Universidad de Guayaquil además del Departamento de Docencia del Hospital Universitario de Guayaquil, se realizará con los recursos del investigador, de manera documentada, revisando historias clínicas que cumplan con criterios clínicos para la investigación, más hoja recolectora de datos.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

La siguiente investigación no represento riesgo alguno para los pacientes, los datos obtenidos son utilizados con fines de investigación, poniendo a consideración los principios éticos, manteniendo la confidencialidad y el anonimato de los pacientes, no se realizó ningún procedimiento que pueda hacerle daño a los pacientes, siguiendo lo que indica las leyes de la república.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular atendidos en la consulta externa del área de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo de enero a diciembre del 2017.
- Pacientes a los que se les determinó los factores de riesgo y pronósticos, con un regular seguimiento
- Pacientes con historias clínicas completas y que sigan atendándose en la institución.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes con diagnóstico de cualquier otro tipo de cáncer que no sea carcinoma basocelular.
- Pacientes con Historias clínicas incompletas
- Pacientes que hayan sido derivadas a un hospital de mayor complejidad.

PERIODO DE LA INVESTIGACION.

Enero a diciembre del 2017

VARIABLES

VARIABLES
VARIABLE DE INVESTIGACION: Pacientes con Carcinoma Basocelular
VARIABLES DE CARACTERIZACION: Factores de Riesgo
VARIABLES INTERVINIENTES:
• Edad
• Sexo
• Pronóstico

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE																														
V. De investigación: Problema observado – Carcinoma Basocelular	Se caracteriza por tener un crecimiento lento, ser localmente invasivo y destructivo y presentar un bajo potencial metastásico	Lesiones sospechosas o premalignas.	Si-No	Historia clínica.																														
V. De caracterización: Componente investigado	Se define a la situación, afección o característica del paciente que puede usarse para calcular la probabilidad de recuperación de una enfermedad o la probabilidad de que la enfermedad recurra.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fototipo de piel</td> <td style="width: 50%;">Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI</td> </tr> <tr> <td>Tamaño tumoral</td> <td>Mayor de 6 cm</td> </tr> <tr> <td>Topografía tumoral.</td> <td>Mayor riesgo en la cabeza</td> </tr> <tr> <td>Subtipos histológicos</td> <td>Nodular, superficial, micronodular</td> </tr> <tr> <td>Tumores recurrentes.</td> <td>Si-No</td> </tr> </table>	Fototipo de piel	Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI	Tamaño tumoral	Mayor de 6 cm	Topografía tumoral.	Mayor riesgo en la cabeza	Subtipos histológicos	Nodular, superficial, micronodular	Tumores recurrentes.	Si-No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fototipo de piel</td> <td style="width: 50%;">Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI</td> </tr> <tr> <td>Tamaño tumoral</td> <td>Mayor de 6 cm</td> </tr> <tr> <td>Topografía tumoral.</td> <td>Mayor riesgo en la cabeza</td> </tr> <tr> <td>Subtipos histológicos</td> <td>Nodular, superficial, micronodular</td> </tr> <tr> <td>Tumores recurrentes.</td> <td>Si-No</td> </tr> </table>	Fototipo de piel	Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI	Tamaño tumoral	Mayor de 6 cm	Topografía tumoral.	Mayor riesgo en la cabeza	Subtipos histológicos	Nodular, superficial, micronodular	Tumores recurrentes.	Si-No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fototipo de piel</td> <td style="width: 50%;">Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI</td> </tr> <tr> <td>Tamaño tumoral</td> <td>Mayor de 6 cm</td> </tr> <tr> <td>Topografía tumoral.</td> <td>Mayor riesgo en la cabeza</td> </tr> <tr> <td>Subtipos histológicos</td> <td>Nodular, superficial, micronodular</td> </tr> <tr> <td>Tumores recurrentes.</td> <td>Si-No</td> </tr> </table>	Fototipo de piel	Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI	Tamaño tumoral	Mayor de 6 cm	Topografía tumoral.	Mayor riesgo en la cabeza	Subtipos histológicos	Nodular, superficial, micronodular	Tumores recurrentes.	Si-No
Fototipo de piel	Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI																																	
Tamaño tumoral	Mayor de 6 cm																																	
Topografía tumoral.	Mayor riesgo en la cabeza																																	
Subtipos histológicos	Nodular, superficial, micronodular																																	
Tumores recurrentes.	Si-No																																	
Fototipo de piel	Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI																																	
Tamaño tumoral	Mayor de 6 cm																																	
Topografía tumoral.	Mayor riesgo en la cabeza																																	
Subtipos histológicos	Nodular, superficial, micronodular																																	
Tumores recurrentes.	Si-No																																	
Fototipo de piel	Fitzpatrick I, II, III, IV, V, VI																																	
Tamaño tumoral	Mayor de 6 cm																																	
Topografía tumoral.	Mayor riesgo en la cabeza																																	
Subtipos histológicos	Nodular, superficial, micronodular																																	
Tumores recurrentes.	Si-No																																	

		Inmunosupresión.	Si-No	H.Clínica
		Falla del tratamiento previo.	Si-No	
Factores de riesgo	Condiciones que pueden influir en la posibilidad carcinoma basocelular	Exposición a la luz UV	Si-No	H.Clínica
		Piel blanca, pecas y cabello claros.	Si-No	
		Antecedentes familiares de melanoma.	Si-No	H.Clínica
		Edad avanzada	Si-No	
		Sexo masculino.	Si-No	
		Xeroderma pigmentoso.	Si-No	

		Lunares	Si-No	
--	--	---------	-------	--

OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.

- Hoja o Formulario de Recolección de Datos
- Para la Recolección de la información se utilizó técnicas secundarias: Análisis de contenidos bibliográficos, lecturas científicas y revisión de historias clínicas.

Técnica de selección de los pacientes: Por medio de observación indirecta, los seleccionados por conveniencia sin cálculo de tamaño muestral. Las historias clínicas fueron solicitadas en base al diagnóstico de carcinoma basocelular, atendidos según la denominación CIE 10:

- Tumor basocelular ([D48.5](#))
- Carcinoma basocelular SAI ([C44.-](#))
- Carcinoma basocelular SAI ([C44.-](#)), metastásico
- Carcinoma basocelular multicéntrico ([C44.-](#))
- Carcinoma basocelular multicéntrico ([C44.-](#)), metastásico
- Carcinoma basocelular, tipo morfea ([C44.-](#))
- Carcinoma basocelular, tipo morfea ([C44.-](#)), metastásico
- Carcinoma basocelular, tipo fibroepitelial ([C44.-](#))
- Carcinoma basocelular, tipo fibroepitelial ([C44.-](#)), metastásico
- Carcinoma de células basales y escamosas ([C44.-](#))
- Carcinoma de células basales y escamosas ([C44.-](#)), meta

Recolección de datos: Se utilizó los formularios 008 y 003 de las historias clínicas, hoja de protocolos y el sistema informático intrahospitalario AS-400 para recoger

la información necesaria: Manifestaciones clínicas, examen físico, estudios de laboratorio.

Se elaborará una hoja de recolección de datos, que se aplicó a los pacientes en base a las historias clínicas en su momento de atención en la institución. Los equipos médicos que utilizará por parte del investigador son la libreta de apuntes, cuaderno, fichas nemotécnicas, laptop, utilitarios de Windows, Guías de prácticas clínicas, artículos científicos, hojas de recolección de datos.

RECURSOS UTILIZADOS.

RECURSOS HUMANOS.

- Investigador (Estudiante de medicina)
- Tutor Asignado (Dra. María Elena Vera Gordillo)
- Revisor de tesis

RECURSOS FISICOS.

- Computadora portátil
- Hoja de recolección de datos
- Libros de Dermatología
- Bolígrafos
- Calculadora
- Información de la web.

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA: Guayaquil, 08 de Mayo del 2018.

FRANKLIN ANDRES SALTOS JÁCOME

CI: 120449947-7

CAPITULO IV

1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.1 RESULTADOS

OBJETIVO 1. DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA BASOCELULAR FACIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

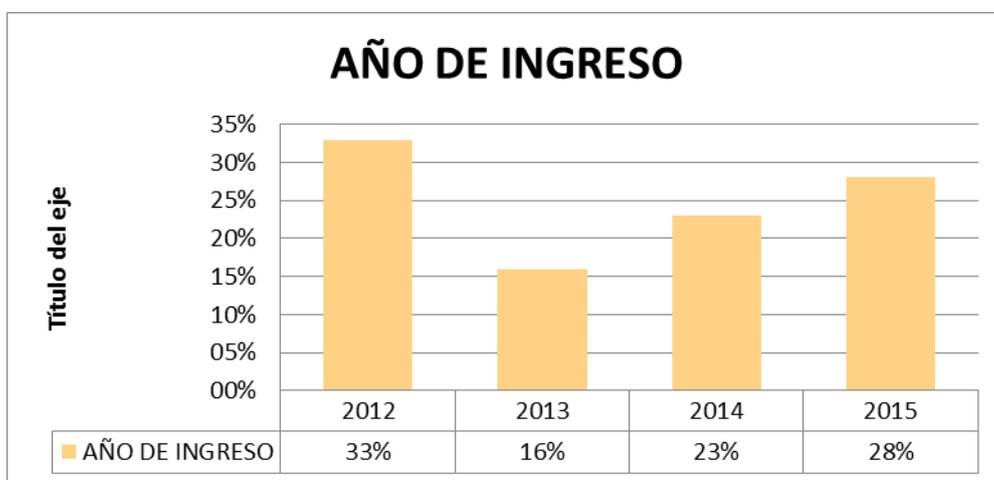
Tabla 1 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Año de Ingreso.**

Año de Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
2014	39	33 %
2015	19	16 %
2016	28	23 %
2017	34	28 %
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 1 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Año de Ingreso.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: Del total de pacientes de estudio (120) se encontró que en el año 2012 se registró una mayor cantidad de paciente (33%), seguido del año 2015 en el cuál hubo 28 % de ingresos de los pacientes de estudio.

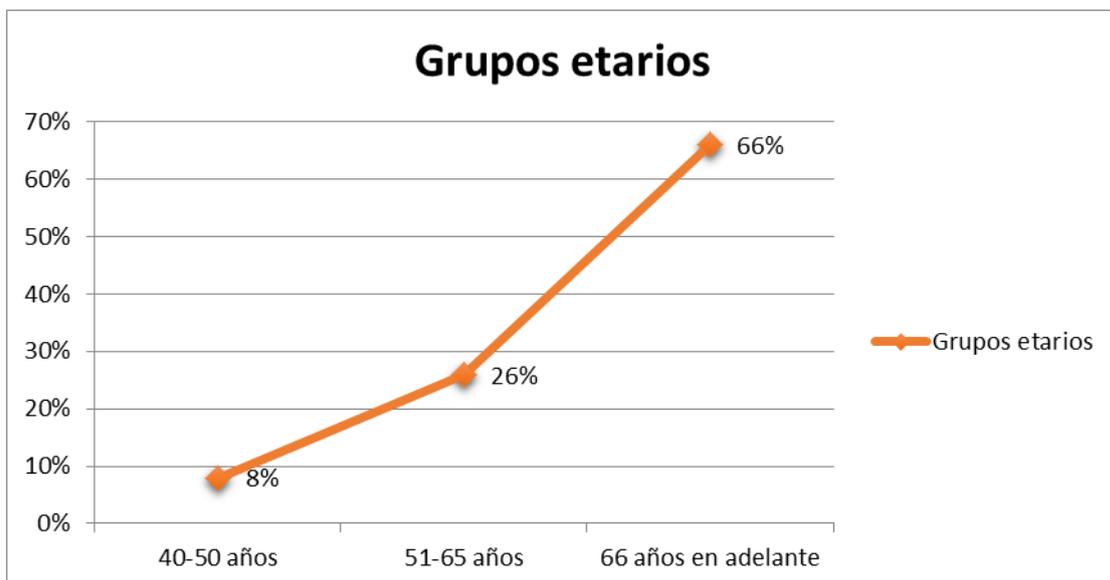
Tabla 2 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Grupo etarios**.

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
40-50 años	10	8%
51-65 años	31	26%
65 años en adelante	79	66%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 2 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Grupo etarios**.



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes evaluados durante el periodo de estudio, el 8% corresponde al grupo etario de 40-50 años, de 51-65 años corresponde al 26%, de 66 años en adelante corresponde 66%.

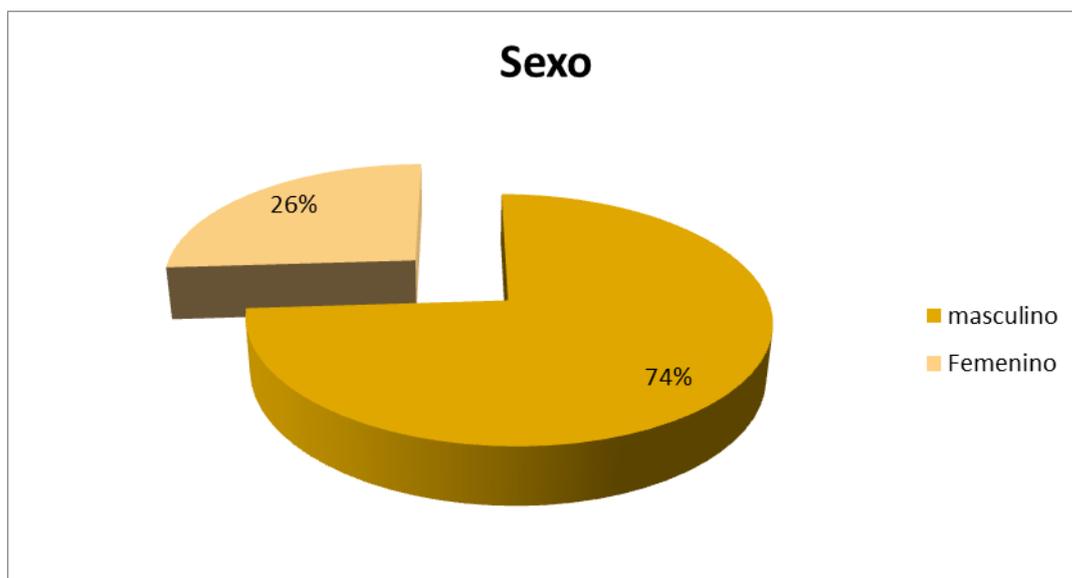
Tabla 3 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Sexo**.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	89	74%
Femenino	31	26%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 3 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Sexo**.



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes de estudio, el grupo de pacientes más afectados fueron los de sexo masculino con 74% y el 26% correspondió al sexo femenino.

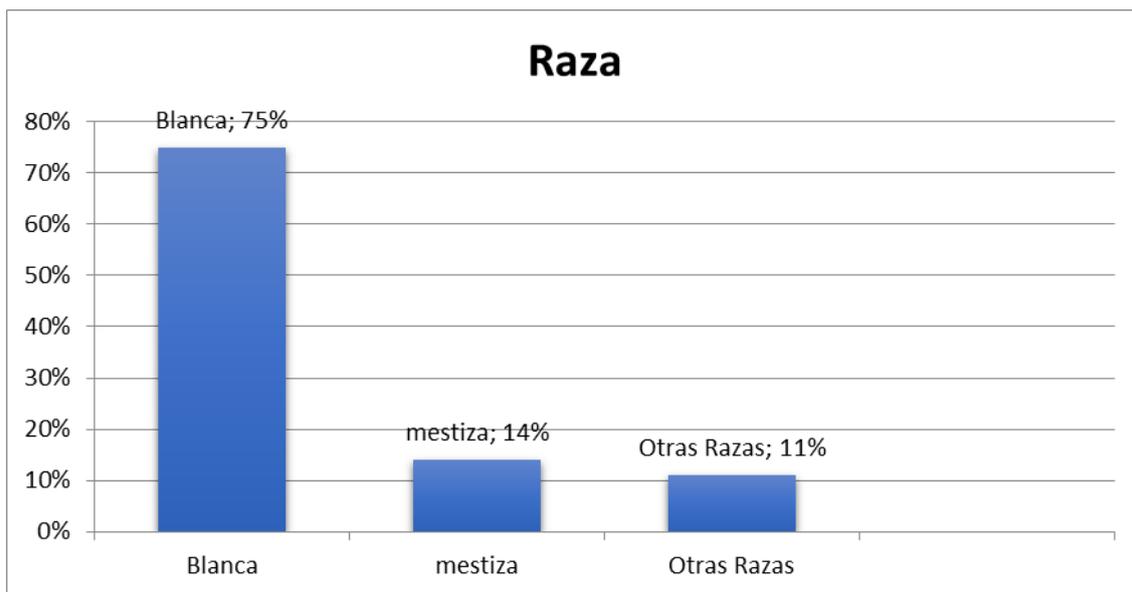
Tabla 4 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Raza**.

Raza	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	90	75%
Mestizo	17	14%
Otras Razas	13	11%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 4 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Raza**.



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: Del total del paciente de estudio 120, el 75% fueron de raza blanca, seguido de la raza mestiza con 14% y de otras razas con el 11%.

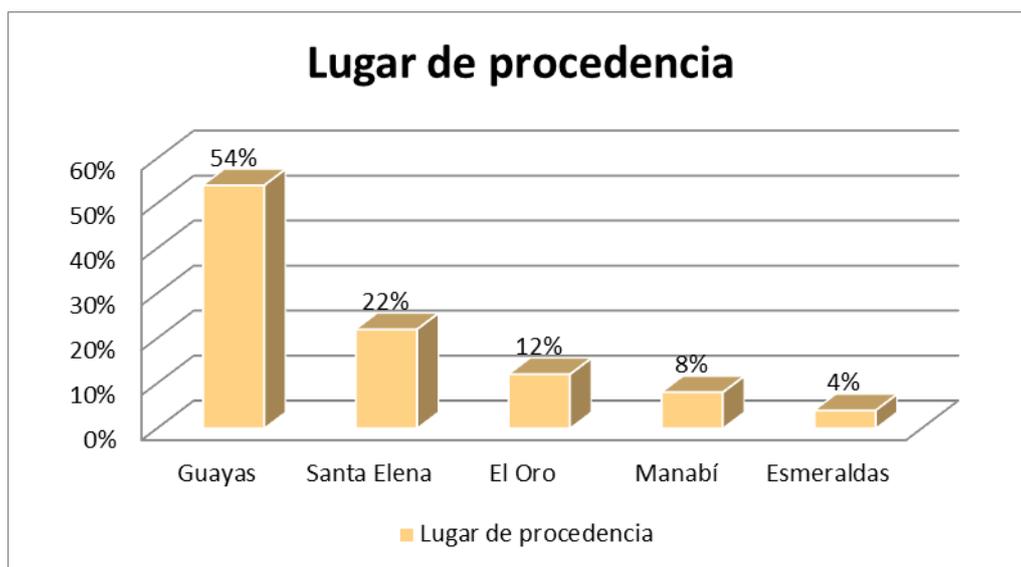
Tabla 5 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Procedencia**

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Guayas	65	54%
Santa Elena	26	22%
El Oro	14	12%
Manabí	10	8%
Esmeraldas	5	4%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 5 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Procedencia**.



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: Del total de pacientes en estudio (120), la provincia de Guayas presentó la mayor cantidad de paciente 54 %, seguido en menor proporción por la provincia de Santa Elena con 22%.

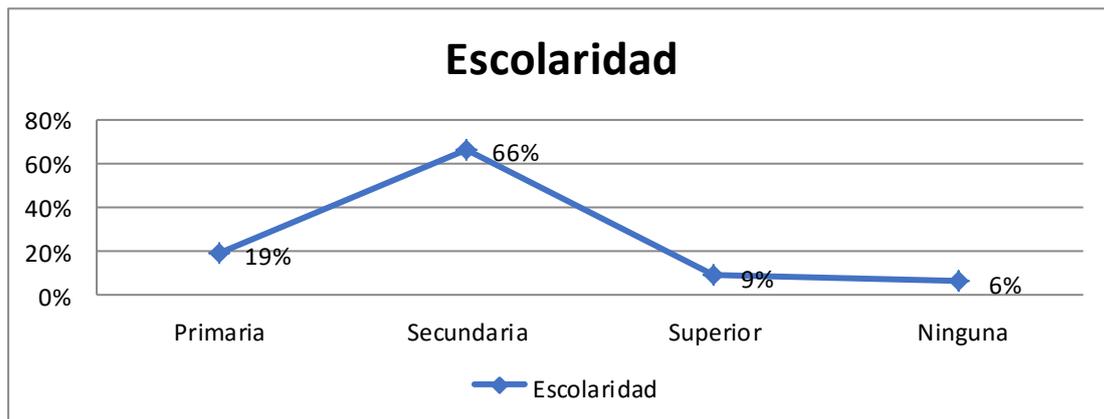
Tabla 6 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Escolaridad**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	23	19%
Secundaria	79	66%
Superior	11	9%
Ninguna	7	6%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 6. Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Escolaridad**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes estudiados, el tipo de escolaridad que obtuvo un mayor porcentaje en presentar este tipo de patología fueron los que si cursaron la

secundaria (66%), seguido de la primaria en un (19%), y en menor cuantía los de escolaridad superior con un (9%).

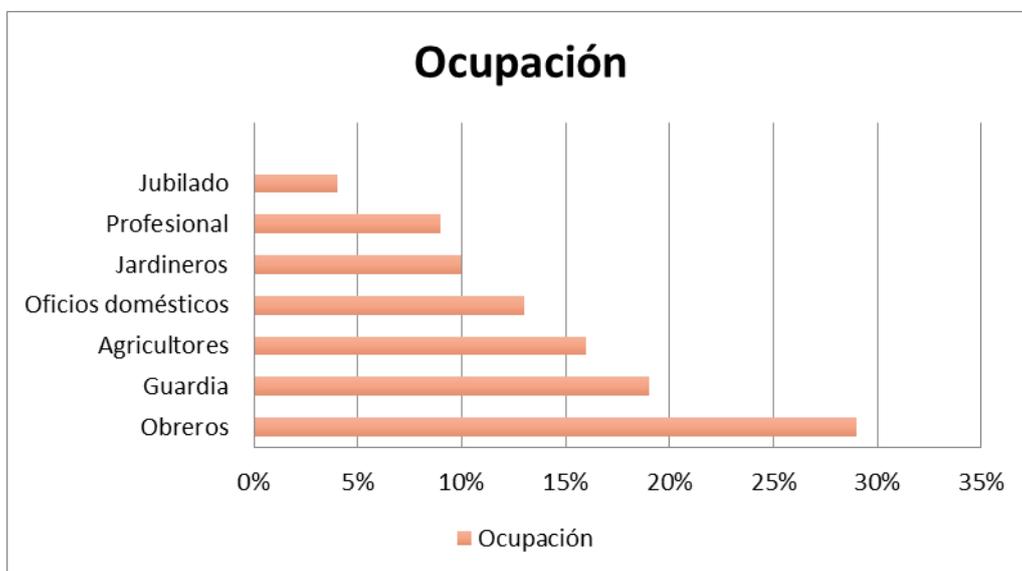
Tabla 7 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Ocupación.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	35	29%
Guardia	23	19%
Agricultor	19	16%
Oficios domésticos	15	13%
Jardinero	12	10%
Profesionales	11	9%
Jubilados	5	4%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 6 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Ocupación.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes evaluados, obreros, fué la de mayor cuantía en presentar carcinoma basocelular con 29%.

OBJETIVO 2. ESTABLECER LAS CARACTERISTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.

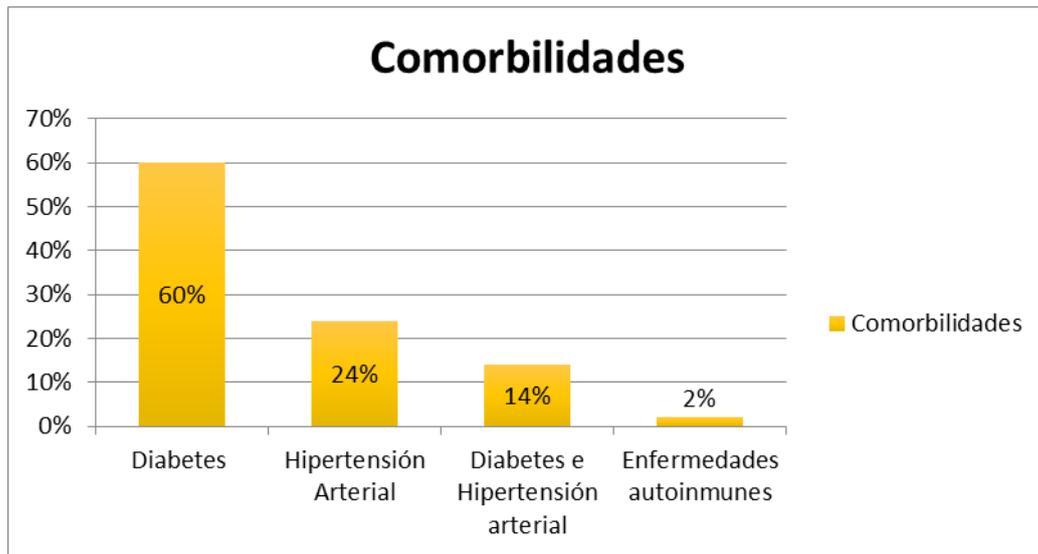
Tabla 8 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Comorbilidades.**

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	72	60%
Hipertensión arterial	28	24%
Diabetes e hipertensión arterial	17	14%
Enfermedades autoinmunes	2	2%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 7 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Comorbilidades**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: La comorbilidad más importante los pacientes de estudio, fué la diabetes con un 60%, hipertensión arterial en 24%, diabetes e hipertensión arterial en 14%, y enfermedades de tipo autoinmunes con 2%.

OBJETIVO 3. DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL CARCINOMA BASOCELULAR.

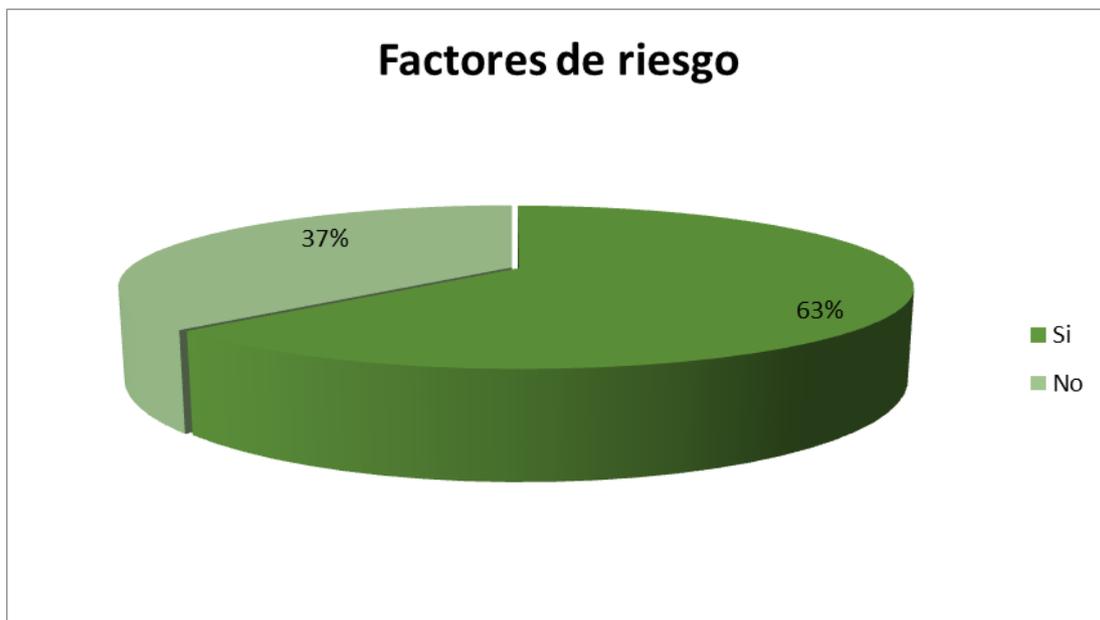
Tabla 9 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Factores de Riesgo.**

Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	63%
No	44	37%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 8 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Factores de riesgo.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: Del total de pacientes del estudio 120, el 63 % se asoció a factores de riesgo para carcinoma basocelular.

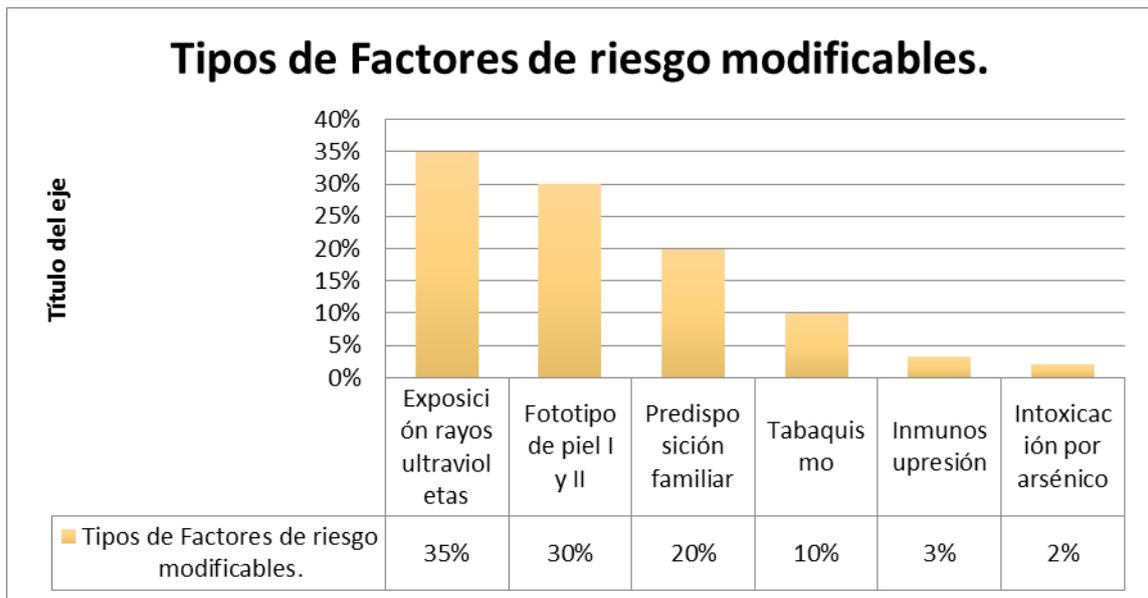
Tabla 10 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Tipos de factores de riesgo modificables.**

Tipos de Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Exposición a rayos ultravioletas	44	35 %
Fototipo de piel I y II	36	30 %
Predisposición familiar	24	20 %
Tabaquismo	12	10 %
Inmunosupresión	4	3.3 %
Intoxicación por Arsénico	2	1.7 %
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 9 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Tipos de factores de riesgo modificables.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: Del total de tipos de factores de riesgo modificables, el estar en constante exposición a los rayos ultravioleta como los del sol fue el primer factor de riesgo para desarrollar carcinoma basocelular con un (35 %), mientras que según la clasificación de Fitzpatrick los de fototipo de piel I y II (30%) es el segundo factor de riesgo para desarrollar carcinoma basocelular.

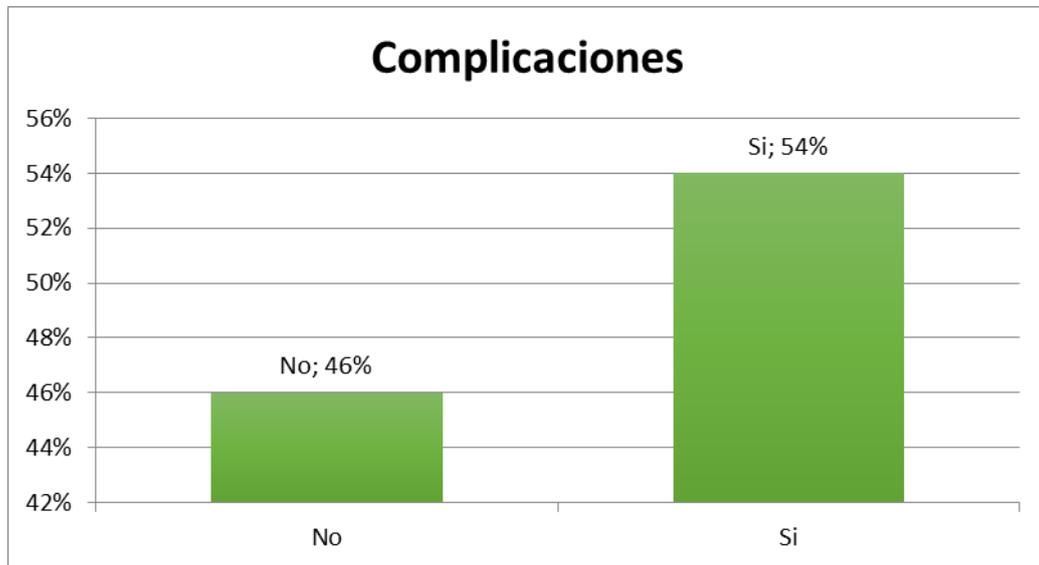
Tabla 11 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Complicaciones.**

Complicaciones	Frecuencias	Porcentajes
Si	64	54%
No	56	46%
Total	120	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 10 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Complicaciones**.



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes evaluados el 54 % tuvo complicaciones, mientras que el 46% de los pacientes no tuvieron ninguna complicación.

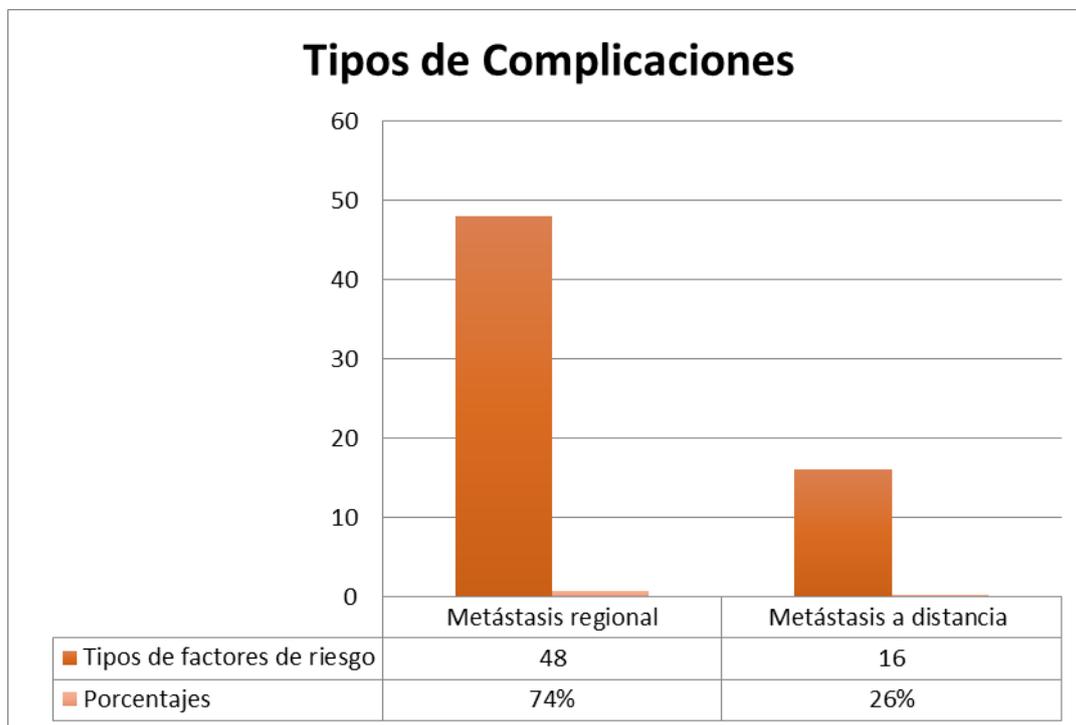
Tabla 12 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Tipo de Complicación**.

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
Metástasis regional	48	74 %
Metástasis a distancia	16	26 %
Total	64	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 11 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Tipo de complicaciones.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes evaluados, 64 tenían metástasis, de los cuales 48 pacientes tenían metástasis regional con un 74%, mientras que con metástasis a distancia presentaron el 26 % de los pacientes que correspondían a 16 pacientes.

OBJETIVO 4. DETERMINAR LA ASOCIACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL CARCINOMA BASOCELULAR, CON LAS VARIABLES: FACTORES DE RIESGO, GRUPO DE ETARIOS.

Tabla 13 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Relación entre complicaciones y factores de riesgo.**

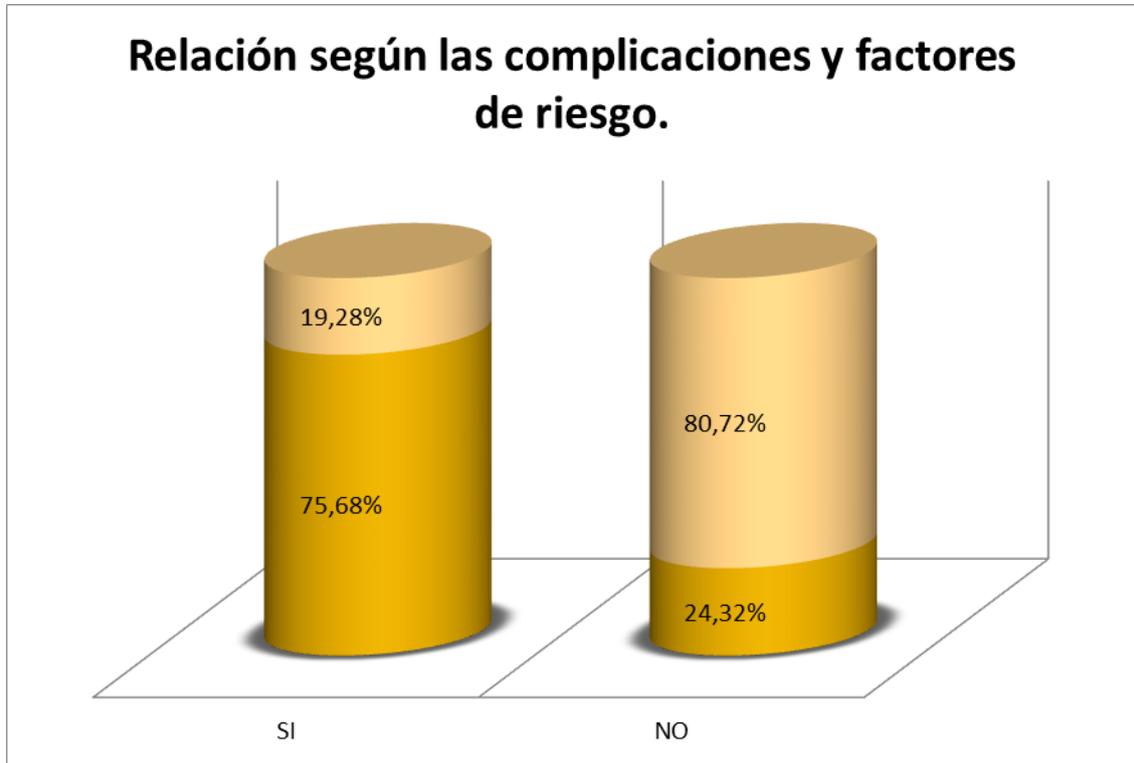
Relación según las complicaciones y factores de riesgo.	Complicaciones		Total
	Sí	No	

Factores de riesgo	Si	Recuento	28	16	44
		% dentro de complicaciones	75,6%	19,28%	37,00%
Factores de Riesgo	No	Recuento	9	67	76
		% dentro de complicaciones	24,32%	80,72%	63,00%
Total		Recuento	37	83	120
		% dentro de complicaciones	100,00%	100,00%	100,00%
Chi cuadrado de Pearson			16,801/ GL 7	p 0.001	

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Ilustración 12 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Relación entre complicaciones y factores de riesgo.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes del estudio, 64 presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales el 75,68% (28) comprendió al grupo que presentaron factores de riesgo asociados. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la presencia de factores de riesgo (p 0,001).

Tabla 14 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Relación entre complicaciones y grupo etario.**

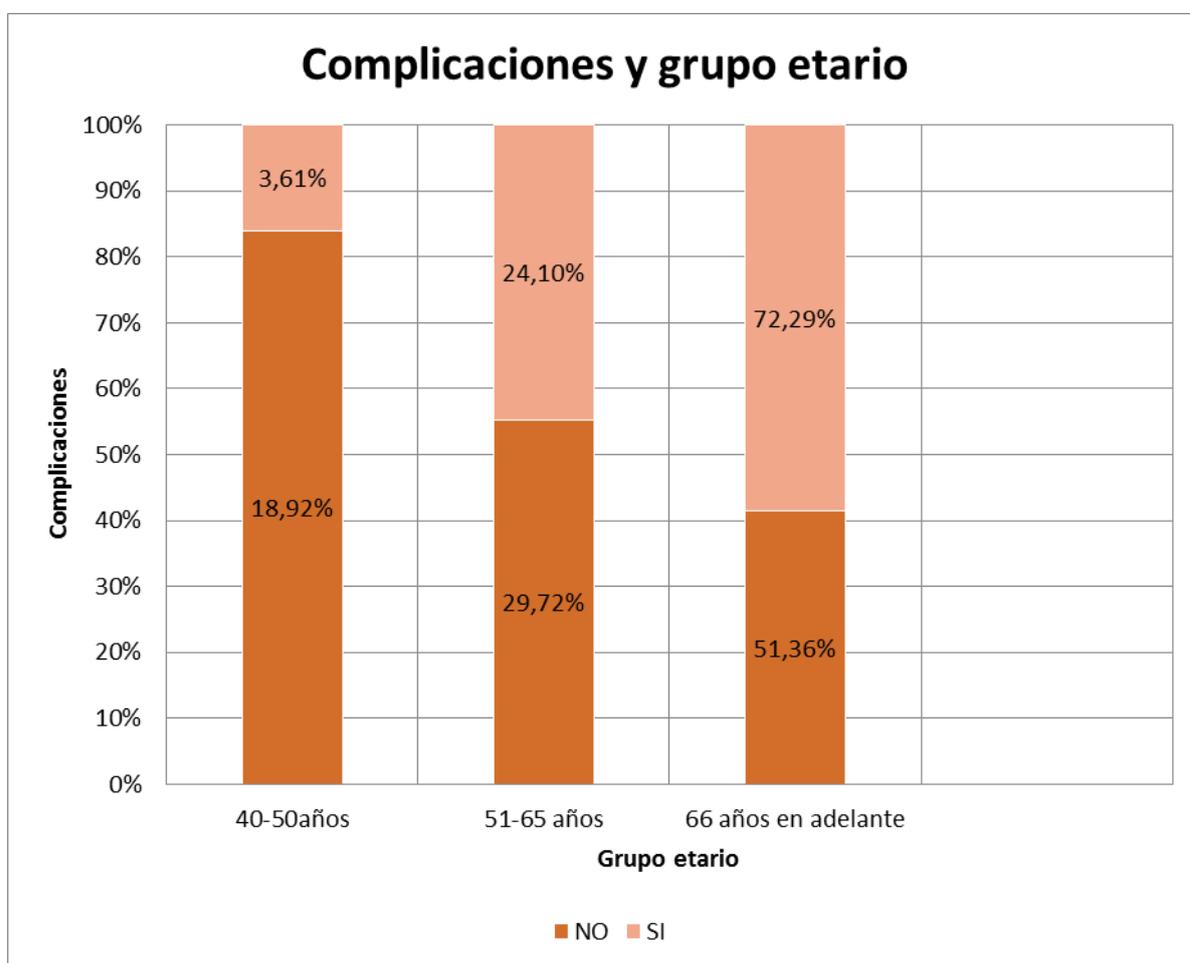
Relación según las complicaciones y factores de riesgo.	Complicaciones		Total	
	Sí	No		
Factores 15-20 años de riesgo	Recuento	19	60	79
	% dentro de complicaciones	51,36 %	72,29	66,00%
Factores 21-30 de Riesgo	Recuento	11	20	31
	% dentro de complicaciones	29,72%	24,10%	26,00%
Factores 31-40 años de riesgo	Recuento	7	3	10
	% dentro de complicaciones	18,92%	3,61%	8,00%
Total	Recuento	37	83	120
	% dentro de complicaciones	100%	100%	100%
Chi cuadrado de Pearson	21,099/ GL 7		p 0.003	

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes del estudio, 64 presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales 51,36% (19) correspondieron al grupo etario de 66 años en adelante. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la edad (p 0,003).

Ilustración 13 Distribución de los 120 pacientes con carcinoma basocelular, en el Hospital Universitario de Guayaquil entre año 2014- 2017, según: **Relación entre complicaciones y grupo etario.**



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: FRANKLIN ANDRÉS SALTOS JÁCOME

Interpretación: De los 120 pacientes del estudio, 64 presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales el 51,36% (19) correspondieron al grupo etario de 66 años en adelante. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la edad ($p < 0,003$).

1.2 DISCUSIÓN

El presente estudio se centró en analizar perfil clínico, epidemiológico y sus complicaciones en pacientes con carcinoma basocelular en el Hospital Universitario de Guayaquil, entre 2014-2017. A continuación se citan los siguientes resultados:

Los resultados del presente trabajo de titulación reportaron al sexo masculino (74%), como el más frecuente del total de los pacientes de estudio, de los cuales el grupo etario de los mayores de 66 años fueron los más predominantes, el promedio de edad fue de 60 años. En los estudios de Lobos, 2010, sus resultados fueron similares a los nuestros donde el sexo masculino (89%) de mayor de 65 años fue el de mayor exposición al carcinoma basocelular facial.

Además los factores predisponentes para desarrollar carcinoma basocelular fueron tres principalmente: El estar constantemente expuesto a la radiación ultravioleta con un 35 %, seguido de Fototipo de Piel I y II de la clasificación de Fitzpatrick en un 30 %, y tener antecedentes familiares de carcinoma basocelular.

CAPITULO V

5.- CONCLUSIONES

- ✓ La mayor proporción de pacientes fueron los adultos mayores que están por encima de los 66 años de edad con un 66 %, grupo de la tercera edad como lo denomina la OMS. El grupo laboral de profesión obrera (29%) fueron los que mayormente padecen de carcinoma basocelular.
- ✓ En cuanto al lugar de procedencia, la provincia del Guayas ocupa el primer lugar con el 54 %, seguido de la provincia de santa Elena con el 22 % y la provincia de EL Oro con un 12 %.
- ✓ Se asoció a comorbilidades, siendo la diabetes mellitus quienes prevalecen en este tipo de pacientes con un 60 % y la hipertensión arterial en un 24 %, además asociados a enfermedades inmunosupresoras de diferentes tipos con 14 %.
- ✓ Los factores de riesgo más frecuentes fueron el estar constantemente expuesto a la radiación ultravioleta con un 35 %, seguido de Fototipo de Piel I y II de la clasificación de Fitzpatrick en un 30 %, y tener antecedentes familiares de carcinoma no melanocítico.
- ✓ Las complicaciones más frecuentes fueron la metástasis regional con un 74%, seguido de metástasis a distancia con 26 %.
- ✓ Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y los factores de riesgo ($p < 0,001$) y la edad ($p < 0,003$).

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- ✓ Categorizar los pacientes en grupos de riesgo a través de la identificación de factores predisponentes de complicaciones y registrar los antecedentes patológicos, ya que permitirá iniciar el tratamiento más adecuado y permitirá fomentar medidas preventivas del carcinoma basocelular.
- ✓ Manejo avanzado del carcinoma basocelular, desde la primera consulta y así prevenir las complicaciones más severas de esta patología.
- ✓ Desarrollar otras líneas de investigación para evaluar la asociación entre las características demográficas como factores de riesgo para complicaciones lo cual ayude a optimizar el tratamiento y descubrir grupos de riesgo.
- ✓ Tratamiento multidisciplinario del carcinoma basocelular, con los departamentos de Cirugía oncológica, Dermatología y Medicina Interna.
- ✓ Realizar seguimiento de los pacientes por un lapso mayor de tiempo para la evaluación de complicaciones tardías y mejoramiento de comorbilidades preexistentes y debido a la tasa de mortalidad del carcinoma basocelular, continúa siendo elevada.

BIBLIOGRAFIA

- Gutiérrez Vidrio RM. Cáncer de piel. Rev Fac Med UNAM. 2013;46(4):166-71.

- Rueda X, Acosta de Hart A, Aristizabal A, Fierro E, Guía de Práctica clínica para el tratamiento de carcinoma Basocelular Rev Asoc Col 2013.

- Lewin JM, Carucci JA. Advances in the management of basal cell carcinoma. F1000 Prime Reports. 2015;7:53. doi: 10.12703/P7-53.

- Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA, 2016.

- Robinson JK. Risk of developing another basal cell carcinoma. A 5-year prospective study. Cancer.2012;60(1):118.

- Prefectura del Guayas, año 2016.

- Van Dam RM, Huang Z, Rimm EB, Weinstock MA, Spiegelman D, Colditz GA, et al. Risk factors for basal cell carcinoma of the skin in men: results from the health professionals follow-up study. Am J Epidemiol. 2014;150(5):459. 6.

- Kennedy C Bajdik CD, Willemze R, de Gruijl FR, Bouwes Bavinck J, for the members of the Leiden Skin Cancer Study. The Influence of Painful Sunburns and Lifetime Sun Exposure on the Risk of Actinic Keratoses, Seborrhic Warts, Melanocytic Nevi, Atypical Nevi, and Skin Cancer. Journal of Investigative Dermatology. 2014; 120:1087-93

- Alfaro. (2015). Cáncer de Piel estudio epidemiológico a los 10 años en derecho habitantes del ISSSTE en Nueva León. *Revista Mexicana de Dermatología*, 321-325.

- Lobos, P. (2014). Cáncer de Piel no Melanoma. *Revista de Medicina. Clínica CONDES*, 737-748

- Boonchai W, Green A, Ng J, Dicker A, Chenevix-Trench G. Basal cell carcinoma in chronic arsenicism occurring in Queensland, Australia, after ingestion of an asthma medication. *J Am Acad Dermatol*. 20013;43(4):664

- Universidad de Guayaquil, Biblioteca de la Escuela de .Medicina, año 2017.

- Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, Fincham S, Coldman AJ, McLean DI, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. I. Basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 2015;131(2):157.

- Marzuka AG, Book SE. Basal Cell Carcinoma: Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Histopathology, and Management. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2015;88(2):167-79. 3.

- Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil, 2016

- <http://eciemaps.mssi.gob.es/ecieMaps/statics/es/accessible/cie10>

- Metterle L, Russell JS, Patel NS. An overview of the medical management of nonmelanoma skin cancer. *Curr Probl Cancer*. 2015;39(4):226-36

- Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil. 2016.

- Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Malyapa RS, Villaret DB, Mendenhal NP. Skin cancer of the head and neck with perineural invasion. American Journal of Clinical Oncology. 2016; 30(1):93-96.