**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“Dr. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”**

**VILLA CLARA.**



**POLICLÍNICO**

**SANTO DOMINGO.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

**Autor:**

Residente de 1er Año en Medicina General Integral.

**Tutor:** Dra..

Especialista Primer Grado MGI

Profesor Asistente.

***2017***

**PROGRAMA RAMAL AL QUE SE PRESENTA EL PROYECTO**: Enfermedades crónicas no transmisibles.

**TITULO:** Factores de Riesgos Asociado al cáncer cervicouterino Policlínico Santo Domingo. Sept 2015 – Sept 2017.

**CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:** Investigación-Desarrollo. (ID)

**INSTITUCIÓN EJECUTORA:** Policlínico Docente de Santo Domingo.

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**

**JEFE DEL PROYECTO:** Dra. Kary Lopéz Corso.

**TELÉFONO:** 42406641.

**SUSTITUTO PREVISTO ANTE AUSENCIAS DEL JEFE DEL PROYECTO:**

**FECHA DE INICIO:** Febrero de 2017.

**FECHA DE TERMINACIÓN:** Abril de 2018.

**ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA TEMÁTICA A INVESTIGAR**.

El cáncer cervicouterino es uno de los más importantes problemas de salud en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta una tendencia creciente, considerándose la segunda causa de muerte en mujeres, precedido por el cáncer de mamas especialmente en países subdesarrollados, donde se calcula que cada año se diagnostican aproximadamente  500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino. A pesar de que muchos países tienen implementado un programa de detección precoz del cáncer cervicouterino, esta acción no es suficiente, ya que la cobertura sigue siendo muy baja sobre todo en aquellos países donde el nivel educacional es bajo y se ofrece una pobre difusión a este problema de salud. Esta situación se hace más alarmante si se tiene en cuenta que muchas pacientes fallecen de este tipo de cáncer y ni siquiera son reportadas, lo que indica el gran número de casos en subregistros médicos. 1, 2

La incidencia del cáncer de cuello uterino es muy variable de unas regiones a otras y está internamente relacionada con el nivel de desarrollo de una población. La tasa de incidencia más alta se registra en África subsahariana (Malí, Uganda, Zimbabwe), América Latina, el Caribe y parte de Asia. Las tasas de incidencia más bajas se observan en Europa, Norteamérica y Japón. Del mismo modo varían las tasas de sobrevivencia, siendo entre 63-73 % a 5 años en los Estados Unidos y Europa y solo de 30,5 % a 5 años en Zimbabwe.3

Además algunos países del África Subsahariana y la costa oeste de Suramérica, Nicaragua y Haití son los de mayor prevalencia de cáncer del cuello uterino y las menores prevalencias se detectan en Noruega, Finlandia, Gran Bretaña, Italia, España, Grecia, los países de la Península Arábiga, China, Australia, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica. El 80% de las pacientes corresponden a los países en vías de desarrollo y se dice que esta enfermedad produce más muertes en mujeres que los problemas ligados al embarazo el parto y el puerperio.  4, 5, 6

En Europa el cáncer cervicouterino es la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer y en Latinoamérica es la más frecuente ya que en los Estados Unidos anualmente se diagnostican aproximadamente 16 000 nuevos casos y alrededor de 4 800 mujeres mueren por esta enfermedad y aproximadamente la mitad del total de las mujeres que desarrollan cáncer de cuello uterino invasivo mueren después de los 5 años de diagnosticadas, 7

En la actualidad los científicos de todo el mundo vinculados al estudio del cáncer cervicouterino, aceptan que su diagnóstico precoz unido con un tratamiento cada vez más conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver que les permitirá mantener la salud, capacidad reproductiva, laboral y sexual de la mujer de estos tiempos., por lo que una razón importante de la mayor incidencia del cáncer cervical en los países en desarrollo es la falta de programas efectivos para detectar los estados precancerosos y tratarlos antes de que se conviertan en cáncer, pues la prevención a nivel mundial se han concentrado en examinar a las mujeres utilizando una prueba de laboratorio denominada Papanicolaou, y destruir o escindir el tejido precanceroso. 8, 9

En Cuba, a pesar de existir un programa de detección precoz, el cáncer de cérvix persiste como un problema de salud. En el año 2003, se diagnosticaron 1 512 casos nuevos, lo que representó una tasa de 26/100 000 habitantes. La mortalidad comprendió 412 casos con una tasa de 5,3/100 000 habitantes, especialmente, en mujeres en edades entre los 40 y 50 años.10 En estos momentos en Cuba, esta enfermedad se encuentra entre los lugares tercero y cuarto en incidencia y del cuarto al sexto en mortalidad. El número de fallecidas, por esta causa, se mantiene por encima de los 400 casos desde el 2009 a la fecha, específicamente en el año 2015 fallecieron 465 .11

La infección por VPH de alto riesgo actualmente es aceptada como la principal causa de cáncer cérvicouterino y sus precursores.Sin embargo, muchos estudios epidemiológicos han mostrado que solo un grupo de mujeres infectadas en sus genitales con VPH progresa a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma invasor,por lo que se presume que otros factores actúan junto al virus, lo que influye en la aparición de alteraciones celulares atípicas 12

Los factores que se asocian a la infección viral y pueden determinar la hacia lesiones intraepiteliales y cáncer están relacionados en gran medida con el comportamiento sexual.13

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN.**

En la provincia de Villa Clara, en los últimos años se ha incrementado el número de casos nuevos, en el año 2014 se reportaron 126 casos mientras que en el año 2015 se reportaron 131, debido a los nuevos conocimientos desarrollados sobre la epidemiología y la [historia](http://www.monografias.com/Historia/index.shtml) natural de la enfermedad, así como nuevos conceptos en relación con la aplicación práctica de este tipo de [programas](http://www.monografias.com/Computacion/Programacion/); ello ha favorecido a mejorar su [eficacia](http://www.monografias.com/trabajos11/veref/veref.shtml) y a alcanzar una disminución significativa de la mortalidad por este tipo de cáncer según el registro de citología del programa cáncer cérvico uterino, en el año 2013 fallecieron 10 mujeres para una tasa de 2,6 por 100 000 habitantes, mientras que en el año 2015 fallecieron 15 para una tasa de 3,8 por 100 000 habitantes

En el municipio de Santo Domingo también se mantiene la tendencia al incremento de número de casos nuevos, por lo que esto constituye un dato de gran [interés](http://www.monografias.com/trabajos7/tain/tain.shtml) para el estudio de algunos factores de [riesgos](http://www.monografias.com/trabajos35/tipos-riesgos/tipos-riesgos.shtml) biosociales relacionados con la aparición de Cáncer Cérvico Uterino valorando la influencia positiva que se lograría en la población expuesta, al actuar sobre ellos.

**Problema científico:** ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer cervicouterino que inciden en mujeres con citología orgánica alterada del policlínico Santo Domingo en el período septiembre 2015- septiembre del 2017?

* PRINCIPALES RESULTADOS A ALCANZAR.

Este proyecto permitirá conocer los factores mas frecuentes relacionados con el cáncer cervicouterino, lo que permitirá proyectar diferentes acciones educativas en la atención primaria de salud.

**OBJETIVOS:**

**General:**

* Describir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino que inciden en mujeres con citología orgánica alterada del policlínico­ Santo Domingo en el período septiembre 2015 - septiembre del 2017.

.**Específicos:**

* Caracterizar la muestra según variables de interés para el estudio.
* Determinar los factores de riesgo del cáncer cervicouterino que inciden en la muestra de estudio seleccionada.
* Identificar el tipo de lesión histológica informada con mayor frecuencia en la citología orgánica de las pacientes de la muestra.

**Marco teórico**

El cáncer de cuello uterino se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérvix y endocérvix, respectivamente. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma *in situ*, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma microinvasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer vasos linfáticos. En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma francamente invasivo.14

La historia natural de la lesión intraepitelial precoz es muy importante por su relación con el tratamiento. La revisión de la literatura de los últimos cuarenta años sugiere una mayor probabilidad de persistir o progresar entre las lesiones con mayor severidad (neoplasia intracervical – NIC III) que las de menor grado de displasia (NIC I). Se ha encontrado que la NIC III puede regresar espontáneamente, pero parece que en más del 15% de los casos progresa a cáncer, mientras que la NIC I a cáncer sólo el 1% de los casos; esta proporción es similar en la NIC II. Es evidente que no todas las pacientes con células cervicales anormales desarrollan cáncer, dado que también existe la posibilidad de que la anormalidad intraepitelial pueda regresar.15

Hasta el presente se sabe que ninguna lesión intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses. Si la paciente presenta una neoplasia invasora antes de los 18 meses de habérsele diagnosticado una lesión premaligna, probablemente lo que tenía en realidad era un carcinoma microinvasor o invasor que no se logró detectar a tiempo (carcinoma oculto o estadio clínico I - B oculto, es decir, una lesión que tiene menos de 5 mm de infiltración en el estroma pero invade vasos linfáticos). La edad promedio de las mujeres con cáncer *in situ* es 10 a 15 años inferior a la media de las pacientes con carcinoma invasor.16,17

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B\*07 y HLAB\*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HLADRB1\*1301.18

El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. 19, 20

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional. 21

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. 22

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios. 23

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. **24**

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren.25

Lindau y cols. encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria para mujeres que aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado. De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, además de las propiamente administrativas, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y planteen que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias. 26

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido. 27

**Diseño Metodológico.**

Se realizará una investigación transversal prospectiva en mujeres adultas pertenecientes Policlínico Santo Domingo en el período septiembre 2015 - septiembre del 2017, con el propósito de determinar los factores de riesgo del cáncer cervicouterino que inciden en mujeres con citología orgánica alterada

La población de estudio estará constituida por mujeres de la consulta de Patología de Cuello con citologías orgánicas alteradas de Neoplasia Intraepitelial Cervical de Bajo Grado (NIC I) y Alto Grado, (NIC II-III y carcinoma invasor). La muestra se conformará tras aplicar los siguientes criterios de inclusión:

**Criterios de Inclusión:**

* Rango de edad mayor 20 años.
* Casos diagnosticados de Neoplasia Intraepitelial Cervical de Bajo Grado (NICI) y Alto Grado, (NICII-III y carcinoma invasor).
* **Criterios de Exclusión**
* Que fallezcan durante la etapa de la investigación.
* Con otros diagnósticos histológicos que no se corresponden con las lesiones mencionadas anteriormente

.**Operacionalización de las Variables:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Tipo** | **Definición operacional** | **Escalas y valores** |
| Edad | Cuantitativa discreta | Números de años cumplidos en el momento del diagnóstico de la lesión cervical, y que aparecía en la historia clínica de la paciente | Años Cumplidos:   * 20-35 * 36-50 * Mayor de 50. |
| Nivel de Escolaridad | Cualitativa Ordinal | Grados cursados atendiendo al nivel escolar en el momento de la investigación. | Según el grado cursado:   * Primaria. sin terminar * Primaria terminada. * Secundaria * Pre Universitario * Universitario |
| Ocupación | Cualitativa Nominal | Tipo de ocupación que ejerce en el momento de la investigación. | * Ama de casa. * Obrera. * Técnica. * Profesional. |
| Condiciones Socioeconómicas | Cualitativa Ordinal | Tipo de condiciones socioeconómicas que tenga en el momento de la investigación. | * Bueno: percápita familiar mayor a $300.00 * Regular: percápita familiar entre $150 y $300.00 * Malo: percápita familiar menor de $150.00 |
| Antecedentes Patológicos Personales | Cualitativa Nominal | Según antecedentes patológicos personales de alguna enfermedad de transmisión sexual. | No  Si |
| Hábito Fumar | Cualitativa Nominal | Según hábito de fumare tenga en el momento de la investigación. | Si  No. |
| Edad de la primera relación sexual. | Cuantitativa discreta | Números de años cumplidos en el momento del inicio relaciones sexuales, y que aparecía en la historia clínica de la paciente | Años Cumplidos:   * 12 - 16 * 17 - 21 * 22 - 29 |
| Número de parejas sexuales. | Cuantitativa discreta | Números de parejas sexuales que conste en la historia clínica de la paciente | Número de parejas sexuales:   * 1 * 2 * Más de 2 |
| Anticoncepción hormonal | Cualitativa Nominal | Según anticonceptivos orales e inyectables que conste en la historia clínica de la paciente en el momento de la investigación | No  Si |
| Infección por VPH | Cualitativa Nominal | Según los resultados obtenidos en las tarjetas de prueba citológica de cada una de las pacientes de la muestra. | Según prueba citológica:  Positivo  Negativo |
| Paridad | Cualitativa Nominal | Según historias clínicas individuales y las tarjetas de prueba citológicas | Según paridad:  Nulíparas.  Multíparas |
| Tiempo de realización de la prueba citológica | Cuantitativa discreta | Según tiempo las tarjetas de pruebas citológicas y las historias de salud familiar, se agruparan en : | Según tiempo de prueba citológica:   * Cada 3 años * Cada 5 años * Más de 5 años |
| Lesión histológica | Cualitativa Nominal | Según los resultados obtenidos en las tarjetas de prueba citológica de cada una de las pacientes de la muestra . | según sea la afectación del espesor del epitelio escamoso.   * NIC I (Grado1): * NIC II (Grado2): * NIC III (Grado3): * Carcinoma invasor: |

**Nota:** Lesión histológica: Siguiendo la Clasificación de Richart 28 la cual hace constar que la neoplasia intraepitelial cervical tiene tres grado, según sea la afectación del espesor del epitelio escamoso:

* NIC I (Grado1): La lesión se limita al tercio basal del epitelio.
* NIC II (Grado2): La lesión se limita a los 2/3 del grosor del epitelio, antes se denominaba displasia moderada
* NIC III (Grado3): Lesión escamosa de alto grado o displasia severa y ocupa el 100 % del espesor del epitelio.
* Carcinoma invasor: Se extiende más allá del epitelio.
* **Métodos teóricos**:

Histórico-lógico*:* Lo histórico permitió la posibilidad de comprender la historia real de problema, su trayectoria; y lo lógico las leyes generales del funcionamiento y desarrollo de los fenómenos investigativos.

Analítico-sintético: Ambos cumplieron funciones importantes en la investigación, el primero facilitó descomponer el fenómeno en sus partes y la valoración de lo general a lo particular; el segundo contribuyo a establecer la unidad y reconstruir el todo.

Inductivo-deductivo: La complementación de ambas brindó un conocimiento verdadero de la realidad, posibilitando que a partir de los elementos particulares se arribara a generalidades y su determinación permitió nuevas conclusiones lógicas.

**Métodos empíricos y técnicas utilizadas:**

Se aplicará un formulario para recolección de datos de la historia clínica (Anexo #2) con el objetivo de valorar las características de pacientes con citologías orgánicas alteradas diagnosticados de Neoplasia Intraepitelial Cervical de Bajo Grado (NIC I) y Alto Grado, (NIC II-III y carcinoma invasor)

Se realizará un diagnóstico sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino en mujeres con citología orgánica alterada y para ello se aplicará el formulario (Anexo #2) de forma individual a todos los pacientes de la muestra del Policlínico Santo Domingo en el período septiembre del 2015 - septiembre del 2017, por la autora a modo de que la misma tenga más confiabilidad en los datos.

**Métodos estadísticos:**

De la recogida de la información: La información necesaria para el trabajo se recogerá a partir de la aplicación del formulario, en el cual obtendremos las variables que utilizaremos para el estudio.

Del procesamiento de la información: El procesamiento de la información se realizará a través del método micro computarizado, auxiliados de una computadora Pentium IV.

Se creará una base de datos utilizando el sistema SPSS para Windows, versión 20.0, donde se calculará el porcentaje como medida resumen.

Los resultados fueron reflejados en forma de tabla con frecuencias observadas y porcentajes, algunos representados gráficamente. Se confeccionaron algunas tablas estadísticas de 2 x 2 y de doble entrada.

Se empleará la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado, para determinar la significación de las diferencias entre los porcentajes correspondientes a las categorías de algunas variables, mostrándose como resultado de la misma el valor de su estadígrafo (X2), así como el de la significación asociada al mismo. De acuerdo al valor de p se clasificará la diferencia en:

* Muy significativa: Si p < 0.01.
* Significativa: Si p >= 0.01 y p < 0.05.
* No significativa: Si p >= 0.05.

**Consideraciones éticas de la investigación**

En dicha investigación se trabajará mediante la aplicación de principios éticos. Se contará con la previa autorización de la doctora que dirige las actividades del Policlínico Municipio Santo Domingo, provincia Villa Clara, consentimiento de autorización (Anexo # 1).

**PLANIFICACIÓN DE LAS TAREAS DE LA INVESTIGACIÓN (Cronograma):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tareas Principales** | **Fecha de inicio** | **Fecha de terminación** |
| Determinación de los fundamentos teóricos relacionados con el cáncer cervicouterino | Febrero de 2017 | Marzo de 2017 |
| Confección del proyecto de investigación | Enero de 2017 | Febrero de2017 |
| Recopilación de datos estadísticos, revisión de historias clínicas y fichas familiares. | Marzo de2017 | Enero de 2018 |
| Aplicación de encuestas | Enero de 2017 | Marzo de 2018 |
| Análisis de los resultados alcanzados y elaboración del informe final de la investigación | Marzo de 2018 | Mayo de 2018 |

**Principales Recursos Humanos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y**  **apellidos** | **Marcar si es Jefe de**  **Resultado** | **Título académico** | **Institución** |
| Dr. Yenier Rivera López. | x | Médico General Básico. | Policlínico”50 Aniversario”. |

**Experiencia relacionada con el objetivo del proyecto del Jefe del Proyecto**

Dra. Kary Lopéz Corso se graduó como Médico General en el año 2014. Ha participado en diferentes eventos científicos de la Facultad de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas, provincia de Villa Clara, principalmente en temáticas relacionadas con el presente estudio, así como en las tareas investigativas asignadas en el Policlínico donde presta servicios médicos.

**PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Investigador**  **o autor** | **Salario**  **Básico** | **9.09 de**  **vacaciones** | **12,5 % de seguridad**  **social** | **Tiempo para la investigación**  **10%** | **1 año** |
| Dra. Kary Lopéz Corso | $1200.00 | $82.00 | $132.00 | $110.00 | $1320.00 |

**Recursos materiales (CUC)**

Se dispone de una estructura de consulta con las condiciones mínimas necesarias, con algunos recursos indispensables para el estudio que se requiere.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Materiales** | **U / M** | **Cantidad** | **Importe**  **CUC** |
| Hojas | Paquete | 1 millar | $7.20 |
| Lapiceros | 1 | 5 | $2.50 |
| Cartucho para impresora | 1 | 1 | $ 32.00 |
| Total | - | - | $ 41.70 |

**Presupuesto de ejecución (CUP)**

|  |  |
| --- | --- |
| Por concepto de: | Total en 1 año |
| Salario | $1320.00 |
| Pasaje | $600,00 |
| Gastos indirectos | $600,00 |
| Total | $2500.00 |

**Costo del proyecto en Moneda Nacional y CUC:**

$2550.00 CUP y $41.70 CUC

**APROBADO POR:**

**Director de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y cuño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1  Zelada-Valdés, A., & Fando-Calzada, R. A. (2013). La pandemia subvalorada del siglo XXI: el virus del papiloma humano. Su repercusión en la patogenia del cáncer cervicouterino. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, *44*(2). Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Adrian_Zelada/publication/257435067_THE_UNDERESTIMATED_PANDEMY_OF_THE_XXI_CENTURY_THE_HUMAN_PAPILOMA_VIRUS._ITS_IMPACT_ON_THE_PATHOGENESIS_OF_CERVICAL-UTERINE_CANCER/links/0c960525455f4b0893000000.pdf>

2 Aguilar, P., & Valdivia, H. (2012). Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. *Revista Medica Herediana*, *23*(1), 30-35. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000100007&script=sci_arttext>

3 Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol  [Internet]. 2012  [citado 16 Ene  2017] ;  38(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006&lng=es>

4 Morales Villacís, R. X. (2015). Cáncer Escamoso Invasor de Útero. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/14135>

5 Armijos Ruilova, G. C., & Vaca Caspi, L. S. (2013). Determinantes que influyen en el seguimiento de mujeres con PAP anormal en el hospital Vozandes Oriente. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5894>

6 Beltrán, J. P. C., López, J. A. T., Martínez, M. D. C. G., Pérez, L., Lozoya, C., & Lozoya, J. A. P. C. (2013). “Análisis de los resultados de un programa de cribado para la detección oportuna de Cáncer cervico uterino en población abierta en el Hospital Universitario de la Ciudad de Torreón, Coahuila”. *Archivos Médicos de Actualización en*, *5*(9). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2013/tgi139h.pdf>

7 Sanabria Negrín JG, Fernández Montequín Z C, Cruz Hernández I de la C, Pérez Leonardo O, Llanuch Lara M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 Dic [citado 16 May 2013];  15(4): [aprox. 7p.]. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400026&lng=es>

8 Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol  [Internet]. 2012  Jun [citado 23 Ene  2014] ;  38(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006&lng=es>

9 Lau Serrano, D., Millán Vega, M. M., Fajardo Tornés, Y., & Sánchez Alarcón, C. (2012). Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *38*(3), 366-377. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009>

10 Paneque, O. Á., Roca, T. Z. O., & Pérez, D. M. S. J. (2014). ¿ Es necesaria la individualización y el cambio de límite en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino?. *Correo Científico Médico*, *18*(4).

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n4/ccm13414.pdf>

11 Anuarios Estadísticos de Salud de Cuba 2015. [Citado 2017 Enero. 17]. Disponible en: [http://files.sld.cu/bvscuba/files/**2015**/04/**anuario**-**estadistico**-de-**salud**](http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud)

12 REPRODUCTIVA, G. Y. S. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, *40*(2), 2. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin09214.htm>

13 Rodríguez, R., del Rocío, M. A., Juárez Juárez, M. E., Ruiz Jiménez, M. M., Ramírez Banda, X. G., Gaytán Sanchéz, M. D. R., & Contreras Valero, P. (2012). Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *38*(2), 244-255. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000200011&script=sci_arttext>

14Verdezoto Núñez, B. A. (2015). Relación entre el conocimiento del cancer de cervix, y aceptación a la prueba de papanicolau en el Hospital oncológico Solca en el período agosto-diciembre (2014). Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/1016>

15 Raab, S. S., Steiner, A. L., & Hornberger, J. The cost-effectiveness of treating women with a cervical vaginal smear diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. *American journal of obstetrics and gynecology*, *179*(2), 411-420. (1998). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937898703734>

16 Taylor, S. E., Smith, A. L., Krivak, T. C., & Rungruang, B. Treatment Patterns and Outcomes in Pregnancy-Associated Adenocarcinoma of the Cervix. *Journal of Gynecologic Surgery*, *30*(1), 5-11. (2014). Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/gyn.2013.0022>

17 Mandelblatt, J. S., Kanetsky, P., Eggert, L., & Gold, K. Is HIV infection a cofactor for cervical squamous cell neoplasia?. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, *8*(1), 97-106. (1999). Disponible en: <http://cebp.aacrjournals.org/content/8/1/97.short>

18 Chen, D., Juko-Pecirep, I., Hammer, J., Ivansson, E., Enroth, S., Gustavsson, I., ... & Gyllensten, U. Genome-wide association study of susceptibility loci for cervical cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, *105*(9), 624-633. (2013). Disponible en: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/105/9/624.short>

19 Apgar, B. S., & Brotzman, G. R. E. G. O. R. Y. HPV testing in the evaluation of the minimally abnormal Papanicolaou smear. *American family physician*, *59*(10), 2794-2801. (1999). Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/10348071>

20 Ortunio, M., Rodríguez, A., Guevara, H., & Cardozo, R. Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en estudiantes de Citotecnología de una Universidad Nacional. *Comunidad salud*, *12*(1), 1-10. (2014). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=740293&indexSearch=ID>

21 Rijkaart, D. C., Berkhof, J., Rozendaal, L., van Kemenade, F. J., Bulkmans, N. W., Heideman, D. A., ... & Meijer, C. J. (2012). Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. *The lancet oncology*, *13*(1), 78-88. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204511702960>

22 Lehtinen, M., Paavonen, J., Wheeler, C. M., Jaisamrarn, U., Garland, S. M., Castellsagué, X., ... & Chow, S. N. (2012). Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *The lancet oncology*, *13*(1), 89-99. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204511702868>

23 Basu, P. HPV Vaccine for Prevention of Cervical Cancer. *Practical Management of Gynecological Problems*, 185. (2011). Disponible en: <http://www.google.com/books?hl=es&lr=&id=gZB-h_gqgS8C&oi=fnd&pg=PA185&dq=related:9U7u7vInqo4J:scholar.google.com>

24 Marruffo Anyosa, B. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N. SÁENZ DURANTE EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A AGOSTO DEL 2015. (2016). Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/552>

25 Montano, L. M., Valdés, M. S. F., González, A. G., & Motilva, R. C. Título: Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010–Diciembre 2012. (2014). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2014/cts141f.pdf>

26 Castro Balarezo, E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2. (2014). Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/511>

27 Tisch, C. (2012). Indicator: Melanoma incidence per 100,000 population. Disponible en: <http://ehiacnznew.digiwebhosting.com/assets/Report-Cards/Melanoma.pdf>

28  Richart, R. M. (1990). A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, *75*(1), 131-133. Disponible en: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1990/01000/A_MODIFIED_TERMINOLOGY_FOR_CERVICAL.28.aspx>

**ANEXO 1**

**Consentimiento informado**.

Con este documento se le informa que fue seleccionado para una investigación llevada sobre patologías pulmonares, que lleva a cabo la Dra. Kary Lopéz Corso en el Policlínico "50 Aniversario " de Santo Domingo. Le agradeceremos si ofrece su consentimiento para la inclusión en el estudio.

Firmas:

Paciente --------------------------------------------------

Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 2**

**PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_ HC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Nivel de escolaridad: primaria sin terminar \_\_\_\_\_

primaria terminada \_\_\_\_\_

secundaria \_\_\_\_\_

preuniversitaria \_\_\_\_\_

universitaria \_\_\_\_\_

Ocupación: Ama de casa \_\_\_\_\_ Obrera \_\_\_\_\_

Técnica \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_

Condiciones socioeconómicas: Buenas\_\_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_\_ Malas \_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Personales de enfermedad de transmisión sexual: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hábito Fumar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Edad de la primera relación sexual: \_\_\_\_

Número de parejas sexuales: \_\_\_\_

Anticoncepción hormonal: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Infección por VPH: Positivo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

Paridad: Nulípara \_\_\_\_\_ Multíparas \_\_\_\_\_

Tiempo de realización de la prueba citológica: Cada 3 años \_\_\_\_

Cada 5 años \_\_\_\_\_

Más de 5 años \_\_\_\_\_

Lesión histológica: NIC I (Grado1): \_\_\_\_\_

NIC II (Grado2): \_\_\_\_\_

NIC III (Grado3): \_\_\_\_\_

Carcinoma invasor: \_\_\_\_\_