



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La universidad católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TITULO DE MÉDICO

**Supervivencia de pacientes con cáncer invasivo de tiroides diagnosticados
durante el 2007 en el instituto del cáncer SOLCA Loja**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Chamba Lapo, Byron Andrés

DIRECTOR: Aldaz Roldan, Pablo Renato, Dr.

LOJA – ECUADOR

2017



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

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Pablo Renato Aldaz Roldan

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

Que el presente trabajo de titulación: “Supervivencia de pacientes con cáncer invasivo de tiroides diagnosticados durante el 2007 en el instituto del cáncer SOLCA Loja” realizado por: Chamba Lapo Byron Andrés; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril de 2017.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Chamba Lapo Byron Andrés declaro ser autora del presente trabajo: Supervivencia de pacientes con cáncer invasivo de tiroides diagnosticados durante el 2007 en el instituto del cáncer SOLCA Loja, de la Titulación de Medicina, siendo Aldaz Roldan Pablo Renato director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autor: Chamba Lapo Byron Andrés

Cédula: 1104110299

DEDICATORIA

El presente trabajo en el cual queda plasmado mi esfuerzo y sacrificio, se lo dedico a aquellos valientes que luchan contra el cáncer, a esas personas que aferran a la vida y no bajan sus brazos, a sus familias que día a día se enfrentan a la impotencia de no poder ayudarles a luchar, nunca se rindan, a mi padre, mi madre y hermanos que en cada momento de mi vida me han apoyado, a todos ellos, gracias por mostrarme lo bello de la vida.

Byron Chamba

AGRADECIMIENTO

A DIOS, el cual me aceptó y me dio una nueva vida en Cristo, el dador de vida eterna, quien me ha ayudado y guiado cada paso de mi vida sin El no sería nadie.

A mis padres, los cuales durante mi formación como médico fueron el motor, que me impulsaba a mantenerme despierto a luchar y no bajar los brazos, los cuales me enseñaron que con perseverancia se puede lograr cualquier meta que una persona se proponga, ellos me impulsaron a ser extraordinario, gracias ustedes he llegado a donde estoy gracias por darme la vida y darme sus consejos.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Medicina, y en especial a la Dr Pablo Renato Aldaz Roldan, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de fin de titulación.

Al personal de SOLCA Loja, ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

A los pacientes que a lo largo de mi formación pude conocer y conversar, quienes me hicieron valorar la vida, valorar lo que tengo, a ti Shaneliz, gracias por mostrarme que puedo ser mejor, siempre tendremos un baile pendiente, espero llegar a ser la mitad del gran médico que me dijiste que soy.

Byron Chamba

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3-9
OBJETIVOS.....	10
CAPITULO 2 : DISEÑO METODOLÓGICO	11-14
CAPITULO 3: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	15-30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	33

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de fin de titulación fue determinar la supervivencia global a 5 años, luego del tratamiento quirúrgico y clínico, en los pacientes con cáncer invasivo de tiroides diagnosticado en SOLCA Loja en el año 2007 mediante revisión de historias clínicas. El tipo de estudio realizado en el siguiente trabajo de fin de titulación fue descriptivo, retrospectivo y transversal.

Se analizaron 28 pacientes en los que se pudo observar que existe una mayor sobrevida en los pacientes diagnosticados de cáncer papilar 85% además este es el más común 71%. El cáncer de tiroides tiene una mayor prevalencia en mujeres 78.57% y afecta más a las edades comprendidas entre los de 25-44, la sobrevida según el estadio fue: 3: 94% 4A: 33% 4C:20%, en lo que respecta al tratamiento encontramos que el manejo más frecuente fue quirúrgico más yodo terapia con un 61%

La conclusión es que el diagnóstico de cáncer de tiroides por lo general es tardío (estadio 3 y 4) lo que dificulta el tratamiento y afecta a la supervivencia

Palabras Clave: Cáncer, Tiroides, Supervivencia, SOLCA, Loja.

ABSTRACT

The objective of the following final work of titillation was determine the 5-years overall survival after the surgical and clinic treatment, in the patients with invasive thyroid cancer diagnosed in SOLCA Loja in the 2007 through of review of clinic histories. The study type used in this final work of titillation was descriptive, retrospective and transversal.

The analyzed of the clinic histories of 28 patients show that were a higher survival in the patients diagnosed of papillary cancer of thyroid 85% besides these was the most common cancer 71%. The thyroid cancer has more prevalence in women 68,57% and affect the patients in 25-44 years old, the survival according the stage was: 3: 94%, 4A: 33%, 4C:20%, the most used treatment was the surgical + iodine therapy 61%.

The conclusion is that the diagnostic of thyroid cancer is delayed in most patients (stage 3 and 4) it hinder the treatment and affect the survival.

KEYWORDS: Cancer, Thyroid, Survival, SOLCA, Loja.

INTRODUCCIÓN

Al hablar de cáncer podemos hablar de un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de células anormales que se dividen de manera descontrolada y se diseminan a diferentes partes del organismo ya sea por medio del torrente sanguíneo o mediante el sistema linfático, afectando de esta manera la funcionalidad de muchos órganos y sistemas, dañándolos e incluso llevando a la muerte del individuo, razón por la cual se lo considera la segunda causa de mortalidad en los Estados Unidos, no alejándose mucho de las enfermedades cardiovasculares que ocupan el primer lugar. (Kumar, Abbas, Fausto, & Aster, 2010) (Rubin & David, 2012).

Uno de los órganos afectados por el cáncer es la glándula tiroides. El cáncer de tiroides es una patología en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la glándula tiroides. (Society, American Cancer Society, 2014).

El cáncer de tiroides es una de las patologías endocrinas más frecuentes pero su incidencia es relativamente baja en comparación con otros tipos de cáncer. (Society, Cáncer de Tiroides, 2015)

Según datos internacionales recopilados de los registros de cáncer de cada país sabemos que en EE.UU. 4:100000 habitantes (casi 9/100000 por año) tienen cáncer de tiroides, alcanzando una meseta después de los 50 años. (Cueva & Yépez, 2009). En la última década, el cáncer de tiroides ha aumentado siendo de 2,27 por 100000 varones europeos y de 5,58 por 100000 mujeres del mismo continente y la mortalidad por su causa ha sido de 5-6 casos por 100000 de personas al año (Martin, 2012) mientras que en cuanto a datos locales tenemos que en nuestro país la tasa estandarizada de neoplasias de tiroides en el caso de las mujeres ha incrementado, de 9,2 por 100 mil a 13,4 por 100 mil constituyendo un incremento del 45,65%, más aún, en 20 años, la incidencia registrada casi se ha duplicado. En relación con los hombres, la incidencia, en el curso de 20 años ha aumentado en un 28%, es decir un incremento menos apreciable (Cueva & Yépez, 2009).

A continuación podremos ver unos gráficos que representan la incidencia del cáncer de Tiroides en Quito y su clasificación según el estadio:

Tipo histológico de cáncer de tiroides en los pacientes de Quito.

GRÁFICO / FIGURE 116
TIROIDES. ESTADIAJE TNM.
RESIDENTES EN QUITO. 2003-2005. HOMBRES
THYROID GLAND. STAGE TNM.
QUITO RESIDENTS. 2003-2005. MALES

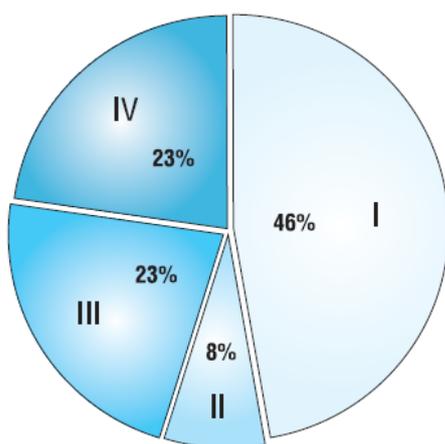
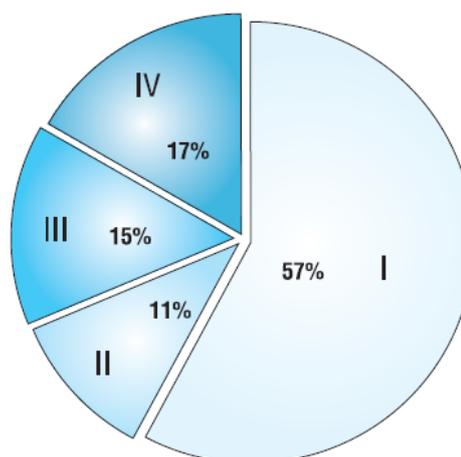


GRÁFICO / FIGURE 117
TIROIDES. ESTADIAJE TNM.
RESIDENTES EN QUITO. 2003-2005. MUJERES
THYROID GLAND. STAGE TNM.
QUITO RESIDENTS. 2003-2005. FEMALES



Fuente: (Cueva & Yépez , 2009)

Además se reportó que hay una incidencia de un 83,2% de carcinoma papilar, 5,1% de carcinoma folicular, 3,5% neoplasias epiteliales, 3,5% de carcinoma de células de Hurtle, 1,5% de carcinoma anaplásico, 1,5% de carcinoma medular y un 1,4% de otros tipos de neoplasia tiroidea (Cueva & Yépez , 2009)

Se debe de tener en cuenta que para facilitar el manejo terapéutico y poder tener una clasificación didáctica y ordenada, el cáncer de tiroides se ha clasificado de acuerdo a sus características histológicas en: cáncer papilar, cáncer folicular, cáncer medular y cáncer anaplásico. (Weetman & Jameson, 2012), los cuales se determinan de acuerdo al aspecto de las células bajo un microscopio.

El **carcinoma papilar** es el tipo más frecuente de cáncer de tiroides (85% en EEUU) aparece a cualquier edad y con más frecuencia entre los 25 y 50 años, se caracteriza por lesiones únicas o múltiples, algunas inclusive encapsuladas, las cuales pueden contener zonas de fibrosis o calcificación (cuerpos de psamoma) y que a menudo se presentan en forma de quistes. (Porth, 2010). Además podemos encontrar:

- Papilas ramificadas con tallo fibrovascular.
- Sus núcleos poseen cromatina que le da una apariencia de vidrio esmerilado.

- En el interior posee estructuras que tienen calcificación concéntrica la misma que se denomina: “cuerpos de psamoma”.

Supervivencia de pacientes con cáncer papilar de tiroides

Etapas	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
I	Casi 100%
II	Casi 100%
III	93%
IV	51%

Fuente: (Society, American Cancer Society, 2014).

El **carcinoma folicular** es un tipo de cáncer tiroideo que se caracteriza por constituir la causa de mayor mortalidad en zonas con deficiencia de yodo (35-75%), representando así el 5 al 15% de los cánceres tiroideos primarios y afectando en su mayor parte 3:1, a mujeres entre los 40 a 60 años de edad (Society, Cáncer de Tiroides, 2015).

Se caracteriza por la presencia de nódulos solitarios que se encuentran bien circunscritos o pueden ser ampliamente infiltrantes, visto en el microscopio podemos encontrar, células bastante uniformes que forman folículos pequeños con coloide, muy similares a la tiroides normal, así como en algunos casos también podemos encontrar células de Hürtle (células con citoplasma eosinófilo granular abundante) (Amado & Olmos, 2013) (Lasserra, Álvarez, & Martínez, 2014).

Supervivencia de los pacientes con cáncer folicular de tiroides

Etapas	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
I	Casi 100%
II	Casi 100%
III	71%
IV	50%

Fuente:(Society, American Cancer Society, 2014)

El **carcinoma anaplásico** es un tumor indiferenciado del epitelio folicular tiroideo que representa menos del 5% de los tumores tiroideos. Se encuentra afectando a personas mayores de 65 años, y se lo considera agresivos ya que poseen una mortalidad próxima al

100%, siendo la tasa relativa de supervivencia de 5 años, (Society, American Cancer Society, 2014) (Vinay Kumar, 2010).

La tasa relativa de supervivencia a 5 años para los carcinomas anaplásicos (indiferenciados), los cuales se consideran todos como etapa IV, es de aproximadamente 7% (Society, American Cancer Society, 2014).

El **carcinoma medular** de tiroides es una neoplasia neuroendocrina derivada de las células parafoliculares o células C del tiroides y supone alrededor del 5% de las neoplasias tiroideas. Secreta calcitonina al igual que las células C sanas, la concentración de calcitonina es útil para el diagnóstico y el seguimiento postoperatorio. A nivel microscópico los carcinomas medulares contienen células fusiformes poligonales que pueden formar nidos trabéculas e incluso folículos. (Vinay Kumar, 2010).

Supervivencia de los pacientes con cáncer medular de tiroides

Etapa	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
I	Casi 100%
II	98%
III	81%
IV	28%

Fuente: (Society, American Cancer Society, 2014)

Además de la clasificación antes mencionada se han reportado carcinomas tiroideos ocultos (inferiores a 1 cm de diámetro) en el 36% de los tiroides post mórtem y en el 4%-17% de los bocios multinodulares. (Martin, 2012) El cáncer de tiroides es más común en mujeres que en hombres con una relación 3:1 especialmente sobre los 30 años de edad. De la población diagnosticada de nódulo tiroideo (4%-5%) solo entre el 5% y el 10% son malignos (Barry, 2012).

En cuanto a la supervivencia tenemos que se entiende así al periodo de tiempo de vida después de que un paciente termina un tratamiento. El tiempo de supervivencia se define como el tiempo transcurrido desde el acontecimiento o estado inicial hasta el estado final. El estado inicial debe ser definido de manera que la fecha en que se produjo el evento pueda ser conocida (Alton, 2013).

Se ha creado un grupo de acrónimos para evaluar los grupos de riesgo para recurrencia local y mortalidad basándose en hallazgos quirúrgicos entre los más representativos tenemos:

AGES (1987)

Fue el resultado de un estudio de la Clínica Mayo desde 1946 hasta 1970 en la cual se identificaron las siguientes variables: Edad (A) grado histológico (G) Extensión Extra glandular local y a distancia (E) y diámetro del tumor (S) un escore menor de 4 significó una probabilidad de muerte a 20 años de 1.1% mientras que el score mayor de 4 detonó mortalidad entre el 20 % y el 87% (Martín, Morales, & Martínez, 2009).

Tabla AGES

EDAD	0.5 x edad en años (mayores de 40 años)
	0 x edad en años (menores de 40 años)
GRADO HISTOLÓGICO DEL TUMOR	0: Bien diferenciado
	1: moderadamente diferenciado
	3: indiferenciado, anaplásico
EXTENSIÓN DEL TUMOR	0: intratiroideo
	1: extratiroideo
	3: metástasis distante
TAMANO DEL TUMOR	0,2 x máximo del diámetro (cm)

Fuente: (Díaz, Taquechel, Queral, & Domínguez, 2006).

- Grupo 1 (entre 0 y 3,99): mortalidad por cáncer a los 25 años aproximadamente 2 % (cirugía conservadora).
- Grupo 2 (entre 4 y 4,99): mortalidad por cáncer a los 25 años aproximadamente 24 % (cirugía radical).
- Grupo 3 (entre 5 y 5,99): mortalidad por cáncer a los 25 años aproximadamente 49 % (cirugía radical).
- Grupo 4 (6 o más): mortalidad por cáncer a los 25 años aproximadamente 93 % (cirugía radical).

Tenemos que tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para que se produzca una neoplasia de la glándula tiroides son aquellos pacientes con antecedentes de radiación administrada en infancia y niñez para enfermedades a órganos localizados en la cabeza y el cuello, como timo agrandado, acné o agrandamiento de las adenoides o amígdalas, así como otras anomalías de la glándula tiroides. En este grupo de pacientes, las neoplasias de la glándula tiroides aparecen aproximadamente 5 años después de la radiación o pueden aparecer 20 o más años después. (Carling & Udelsman, 2011).

Otros factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de tiroides incluyen: (Iribarren, Haselkorn, Tekawa, & Friedman, 2001).

- Una historia de bocio.
- Antecedentes familiares de enfermedad de la tiroides.
- Género femenino.

La edad parece ser el factor pronóstico más importante, existiendo un mejor pronóstico en pacientes con edades menores de 40 años y sin extensión extracapsular o invasión vascular (Society, Cáncer de Tiroides, 2015), la significación pronóstica de estatus ganglionar es controvertida. Una serie quirúrgica retrospectiva de 931 pacientes previamente no tratados con cáncer diferenciado de tiroides encontró que el género femenino, multifocalidad y la implicación de los ganglios regionales son factores pronósticos favorables, (Markovic, Dzodic, Jokic, & Juskic, 2012). Sin embargo, hay un peor pronóstico en: edad mayor de 45 años, histología folicular, tumor primario superior a 4 cm (T2-T3), extensión extra tiroidea (T4) y las metástasis a distancia (Markovic, Dzodic, Jokic, & Juskic, 2012) se ha demostrado que: "la implicación de los ganglios linfáticos regionales no tuvieron efecto o incluso un efecto adverso en la supervivencia, de igual manera, el uso de la biopsia del ganglio linfático centinela puede ayudar en la identificación de pacientes con metástasis ocultas que podrían beneficiarse con disección central del cuello." (Society, American Cancer Society, 2014).

Debido a la importancia del cáncer de tiroides en SOLCA Loja en el 2003 se realizó un estudio donde se reportó un total de 8 casos en hombres y 23 en mujeres (Cueva & Yépez, 2009).

Por causa del creciente aumento en cuanto a la incidencia de cáncer de tiroides no solo internacionalmente sino localmente como se ha expuesto y a su importancia como uno de los tumores endocrinos malignos más frecuentes y sabiendo que en la ciudad de Loja a pesar de contar con un instituto del cáncer como es SOLCA, se carece de datos

epidemiológicos actualizados acerca de la supervivencia de los pacientes con cáncer de tiroides en la provincia de Loja por este motivo se realizó el presente trabajo con la finalidad de poder tener un registro del número de casos atendidos y de la sobrevivencia de los pacientes con cáncer tiroideo a 5 años.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la supervivencia global a 5 años, luego del tratamiento quirúrgico y clínico, en los pacientes con cáncer invasivo de tiroides diagnosticado en SOLCA Loja en el año 2007 mediante revisión de historias clínicas.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer invasivo de tiroides según el sexo, edad, tipo de cáncer, estadio y tratamiento.
- Determinar los protocolos de manejo para cáncer invasivo de tiroides en el hospital de SOLCA Loja, para poder determinar cuál fue el tratamiento más usado.
- Analizar el estadio del cáncer de tiroides en relación con la supervivencia a 5 años luego del tratamiento.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio:

El tipo de estudio realizado en el siguiente trabajo de fin de titulación es: descriptivo, retrospectivo y transversal puesto que se describen de que depende la supervivencia de los pacientes, retrospectivo, debido a que se tomaron datos de historias clínicas del año 2007, según el periodo y secuencia de estudio fue transversal ya que se estudió simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado.

2.2 Universo:

El presente estudio se realizó basándose en las historias clínicas de los pacientes de SOLCA Loja, diagnosticados con cáncer invasivo de tiroides en el 2007, cuyos datos estén completos y a los cuales se haya podido hacer el seguimiento respectivo para determinar su estado actual.

2.3 Muestra:

La muestra fue el número de pacientes que fueron diagnosticados con cáncer invasivo de tiroides en el año 2007 en SOLCA Loja.

Para este estudio se tomó como muestra a 28 pacientes.

2.3.1. Criterios de inclusión:

- Se incluyeron a todos los pacientes con un diagnóstico histopatológico definitivo de cáncer invasivo de tiroides mayores de 15 años.
- Se tomaron en cuenta a las historias clínicas de los pacientes cuyos datos estaban completos y cumplían con todos los parámetros necesarios para llenar las fichas de observación.

2.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes a los cuales no se pudo determinar su defunción por los medios ya expuestos (llamadas, datos de epicrisis y defunciones INEC).
- Pacientes con cáncer in situ diagnosticados en Solca Loja en el 2007.
- Pacientes que tenían cáncer primario de otra patología y tiroideo secundario.
- Pacientes que no hayan recibido tratamiento oncológico.
- Historias clínicas de los pacientes cuyos datos estaban incompletos.

2.4 Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Indicadores	Medición
Características sociodemográficas de los pacientes	Son las características que diferencian a una población actividad económica, condicionan su conducta frente a la fecundidad, la mortalidad, los movimientos migratorios, y por tanto, inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen. (es.thefreedictionary.com/evolución)	Edad	18 A 28 Años (F y %)
			29 A 39 Años (F y %)
			40 A 50 Años (F y %)
			51 A 61 Años (F y %)
			MAYORES DE 62 Años (F y %)
		Sexo	Masculino (F y %)
			Femenino (F y %)
		Lugar de residencia	Por: provincia, cantón, urbano y rural (F y %)
		Ocupación	Empleado público (F y %)
			Empleado privado (f y %)
			Magisterio (F y %)
			Hhdd (F y %)
Agricultor (F y %)			
Antecedentes patológicos	Antecedentes patológicos familiares Antecedentes patológicos personales (F y %)		
Cáncer invasivo de tiroides	El cáncer tiroideo abarca un pequeño número de tumores malignos, el Ca. de tiroides es la malignidad más común del sistema endocrino. Por lo general, los tumores malignos de la tiroides tienen su origen en el epitelio folicular de la glándula y son clasificados de acuerdo a sus características histológicas.	Tipo de cáncer según histología	Carcinoma Follicular, Carcinoma Anaplásico, Carcinoma Papilar , Carcinoma medular , F y %
Estadaje	La estadificación describe la extensión o gravedad del cáncer que aqueja a una persona. El conocer el estadio (o etapa) de la enfermedad ayuda al médico a hacer un plan del tratamiento y a calcular el pronóstico de la persona. (F, 2004)	I II III IV	F y %
Manejo terapéutico	Es el abordaje que se le da a un paciente y como se trata una enfermedad (Decker, 2012)	Quirúrgico Yodoterapia Radio terapia Cuidados paliativos	F y %
Supervivencia a 5 años	Es el tiempo durante el cual el paciente se mantiene vivo después del tratamiento a 5 años	Vivo o muerto	F y %

2.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos

2.5.1 Métodos: Se utilizó el como método la observación de historias clínicas.

2.5.2 Instrumentos: Se utilizó como instrumentos historias clínicas y ficha de observación (anexo 1).

2.6 Procedimiento

Se realizó primeramente una revisión bibliográfica acerca del tema del presente trabajo de fin de titulación para de esta manera saber que datos son relevantes y poder redactar los objetivos, luego se procedió a realizar y entregar el oficio dirigido al director médico de SOLCA para poder tener la aprobación y de esta manera acceder a la base de datos de los pacientes y comenzar a extraer la información de las historias clínicas.

Todos los datos obtenidos fueron ingresados en una ficha de recolección de datos (que se adjuntará más adelante) esto permitió llevar un control adecuado de las características de los pacientes: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento y residencia, hábitos, el estadio del cáncer en que llegó el paciente y tratamiento recibido el cual fue clasificado como: yodoterapia, medicina nuclear, radioterapia, quirúrgico y cuidados paliativos.

Para determinar la sobrevivencia de los pacientes dentro del periodo de tiempo determinado (5 años) se buscó en las epicrisis si ha fallecido, en los casos en los que no constaba esta información, se procedió a llamar a los hogares de los pacientes para saber si siguen vivos y en última instancia se buscó los datos en el INEC sobre defunciones.

2.7 Plan de tabulación y análisis:

Una vez con las fichas de observación llenas se procederá a tabular los datos ubicándolos de acuerdo a su característica. Realizando: diagramas, tablas, y porcentajes sobre: edad y sexo y sobre profesión y el manejo recibido y su sobrevivencia a 5 años, para lo cual se utilizará el programa Microsoft Excel, usándolo también para aplicar medidas de tendencia central como: media, mediana, moda y de dispersión como: percentiles.

El análisis será de tipo descriptivo porque nos permitirá caracterizar el problema y además asociar los distintos cánceres de tiroides y su frecuencia en la población.

CAPITULO III
DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Resultados generales

Determinar la supervivencia global a 5 años, luego del tratamiento quirúrgico y clínico, en los pacientes con cáncer invasivo de tiroides diagnosticados en SOLCA Loja en el año 2007 mediante revisión de historias clínicas.

Tabla 1. Supervivencia de los pacientes con cáncer de tiroides a 5 años

Indicador	Número de casos
Pacientes vivos	21
Pacientes muertos	7

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

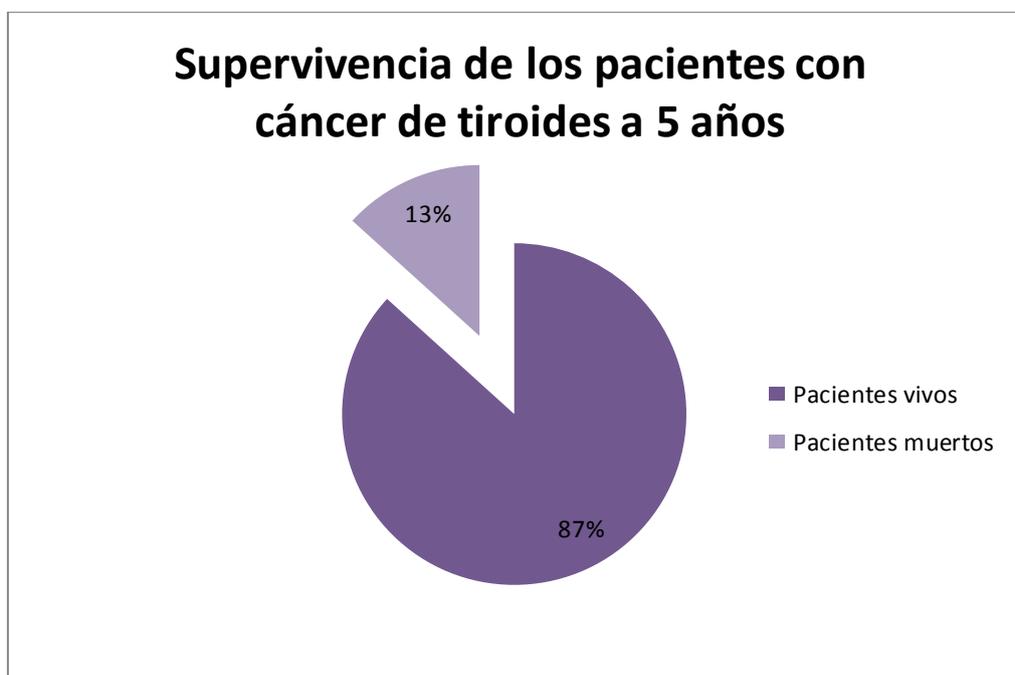


Gráfico 1. Supervivencia de los pacientes con cáncer de tiroides a 5 años

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

En el presente gráfico podemos ver que en los pacientes atendidos por cáncer de tiroides en Solca Loja hubo una supervivencia global de 21 pacientes que representan el 87%.

3.2 Resultados específicos

3.2.1 Caracterizar a los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer invasivo de tiroides según el sexo, edad, tipo de cáncer, estadio y tratamiento.

Tabla 2. Sobrevida de los pacientes con cáncer de tiroides según su tipo histológico

Tipo de cáncer	Número de casos	Pacientes Vivos	Muertos
C. Folicular	7	4	3
C. Papilar	20	17	3
C. Anaplásico	1	0	1

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

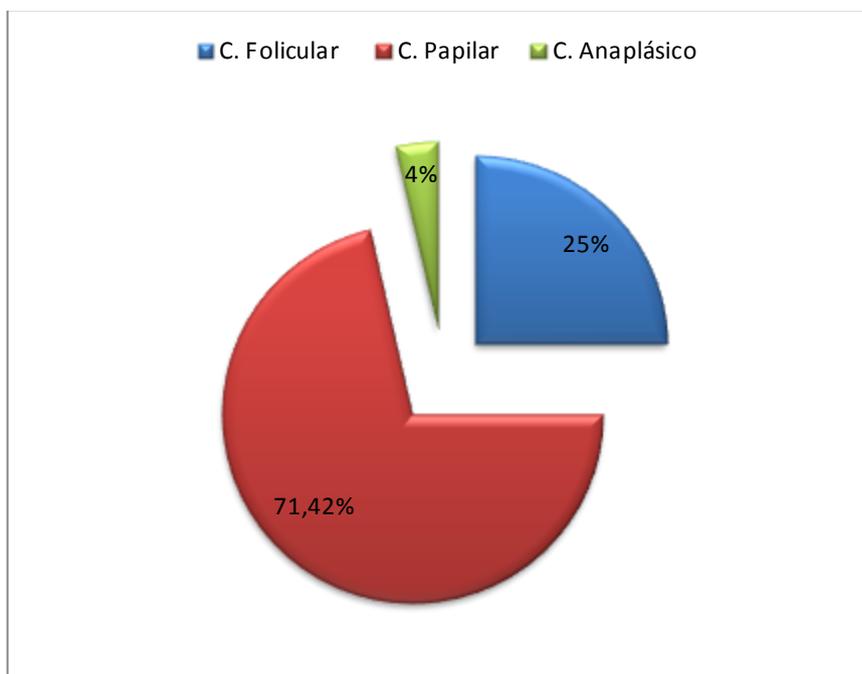


Gráfico 2. Supervivencia de los pacientes con cáncer de tiroides según su tipo histológico

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

Se puede observar en la siguiente tabla que existe una mayor supervivencia en los pacientes diagnosticados de C. Papilar 85% vs C. folicular 57% y que además el C. Papilar de tiroides es el más común, 71%, en relación con el anaplásico 3,5%, y folicular 25%

Tabla 3. Factores epidemiológicos de los pacientes (Sexo)

Sexo	Frecuencia
Mujeres	22
Hombres	6

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

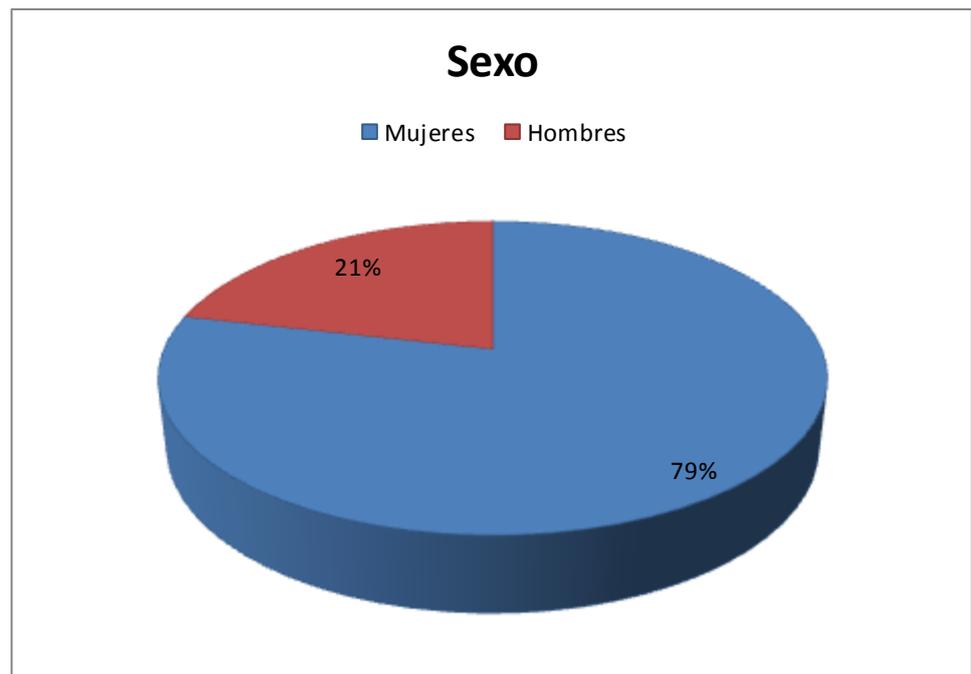


Gráfico 3. Número de pacientes según su sexo

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

En la siguiente tabla y en el gráfico podemos ver que el Ca. de tiroides tiene una mayor prevalencia 78.57% en mujeres vs hombres 6%.

Tabla 4. Factores epidemiológicos de los pacientes (Edad)

Edad	Frecuencia
18 -28	5
29-39	7
40-50	2
51-61	5
Mayores de 62	9

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

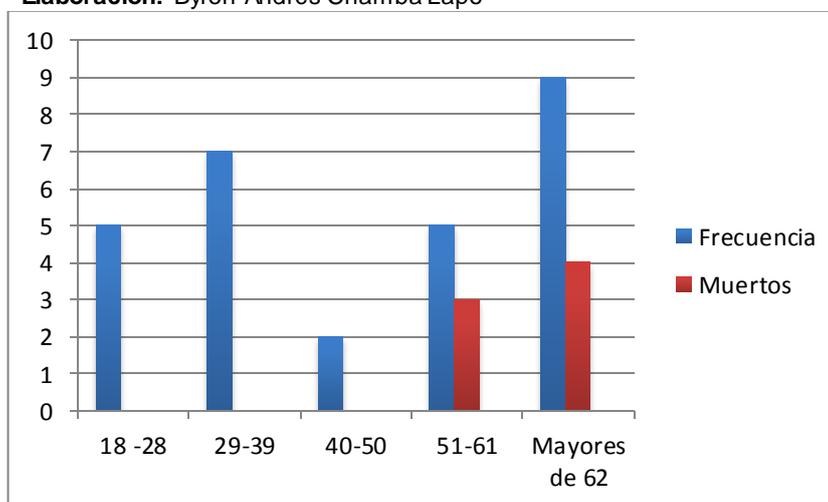


Gráfico 4. Relación de edad y número de muertes en los pacientes con cáncer de tiroides

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

El presente gráfico nos permite observar que hay una mayor prevalencia en edades mayores de 62 años, en relación con la edad de 40-50 y que hay una mayor incidencia de muerte en pacientes mayores de 62 años.

3.2.2 Determinar los protocolos de manejo para cáncer invasivo de tiroides en el hospital de SOLCA Loja, para poder determinar cuál fue el tratamiento más usado.

Tabla 5. Protocolo de manejo utilizado en los pacientes

Tratamiento recibido	Frecuencia	Cáncer	Cáncer	Cáncer
		Papilar	Folicular	Anaplásico
Quirúrgico	9	7	1	1
Yodoterapia	1	0	1	0
Quirúrgico+ yodoterapia	17	13	4	0
Cuidados Paliativos	1	0	1	0

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

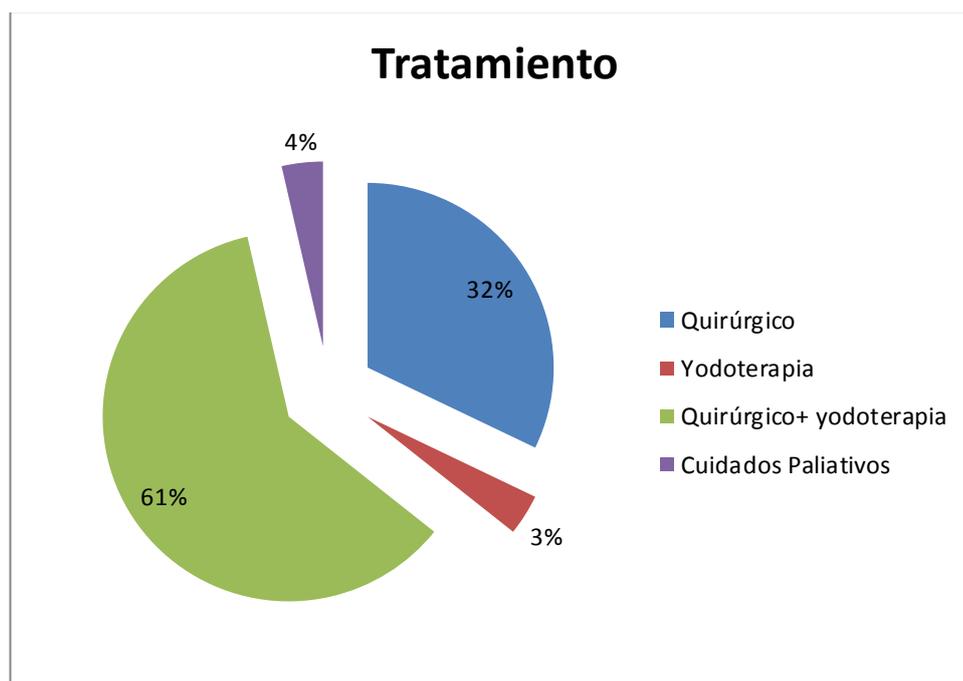


Gráfico 5. Protocolo de manejo realizado en los pacientes

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

En cuanto al manejo realizado en los pacientes el abordaje más común fue el quirúrgico con yodoterapia siendo utilizado en un 61% de la población de estudio mientras que el tratamiento exclusivamente quirúrgico solo representó el 32%.

Tabla 6. Tratamientos que recibieron los pacientes de acuerdo al tipo histológico de cáncer de tiroides

Tratamiento recibido	Frecuencia	Cáncer Papilar	Cáncer Folicular	Cáncer Anaplásico
Quirúrgico	9	7	1	1
Yodoterapia	1	0	1	0
Quirúrgico+ yodoterapia	17	13	4	0
Cuidados Paliativos	1	0	1	0

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

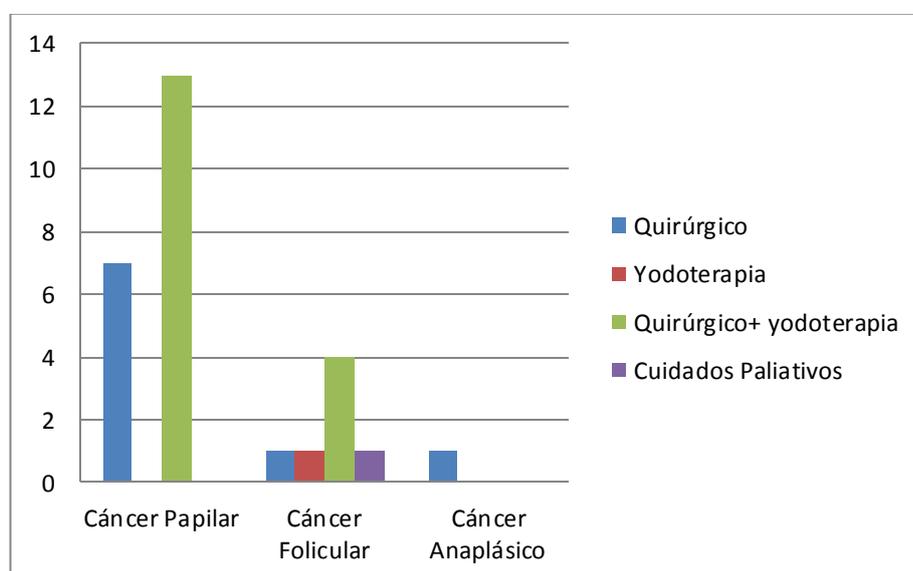


Gráfico 6. Tratamiento que recibieron los pacientes de acuerdo al tipo histológico de cáncer

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

Podemos observar que en el cáncer papilar se usó con mayor frecuencia el tratamiento quirúrgico más yodo terapia al igual que en el folicular representando así el 65 % y el 57% respectivamente

3.2.3 Analizar el estadio del cáncer de tiroides en relación con la supervivencia a 5 años luego del tratamiento.

Tabla 7. Estadio de cáncer de tiroides en los pacientes

Estadio	Frecuencia	Vivos a 5 años	Muertos
3	19	18	1
4A	3	1	2
4B	1	1	0
4C	5	1	4

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

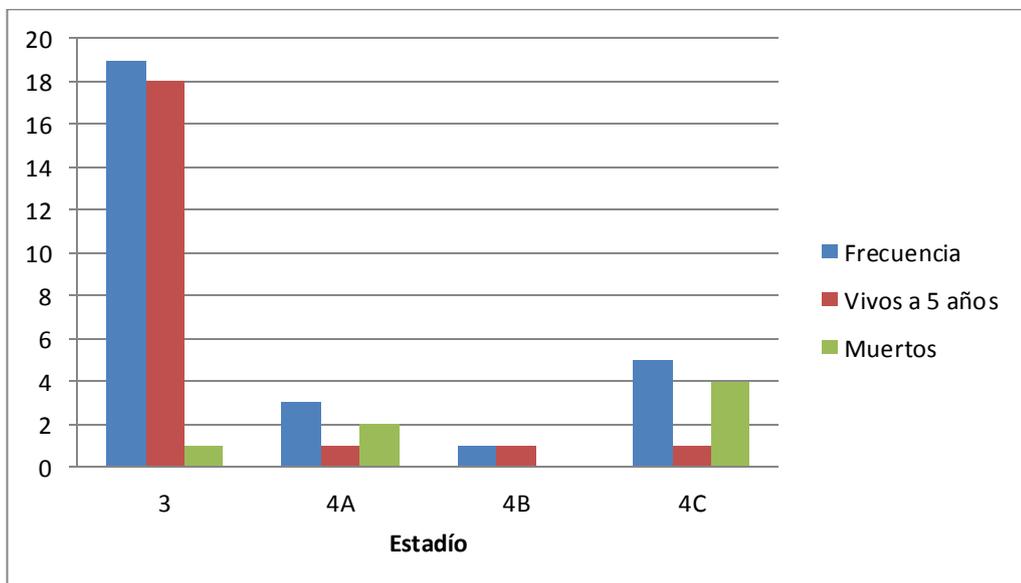


Gráfico 7. Supervivencia de los pacientes según su estadio de cáncer de tiroides

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

En cuanto a la supervivencia global relacionada con el estadio se observó una mayor supervivencia en pacientes con un estadio 3 al momento del diagnóstico 94% vs el estadio 4c 20% además de que en los pacientes fue más común detectar un estadio 3.

Tabla 8. Estadio y supervivencia en pacientes menores de 45 años

Estadio	Frecuencia	Vivos a 5 años
1	10	10
2	3	10

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes
Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

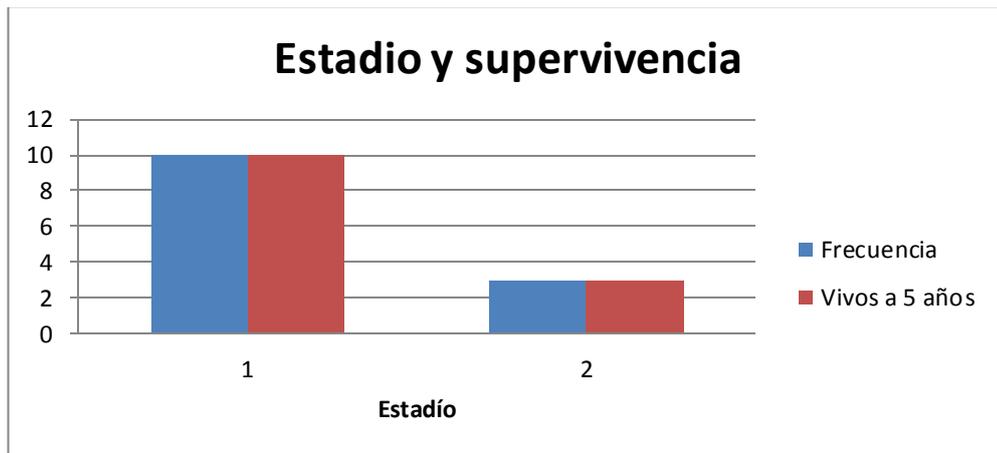


Gráfico 8. Estadio y supervivencia en pacientes menores de 45 años
Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes
Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

Podemos de esta manera demostrar que en los pacientes menores de 45 años según su estadio y supervivencia ha existido un 100% de supervivencia en ambos estadios

Tabla 9. Estadío y supervivencia en pacientes mayores de 45 años

Estadío	Frecuencia	Vivos a 5 años	Muertos
3	8	7	1
4A	2	1	1
4B	1	1	0
4C	4	0	4

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes
Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

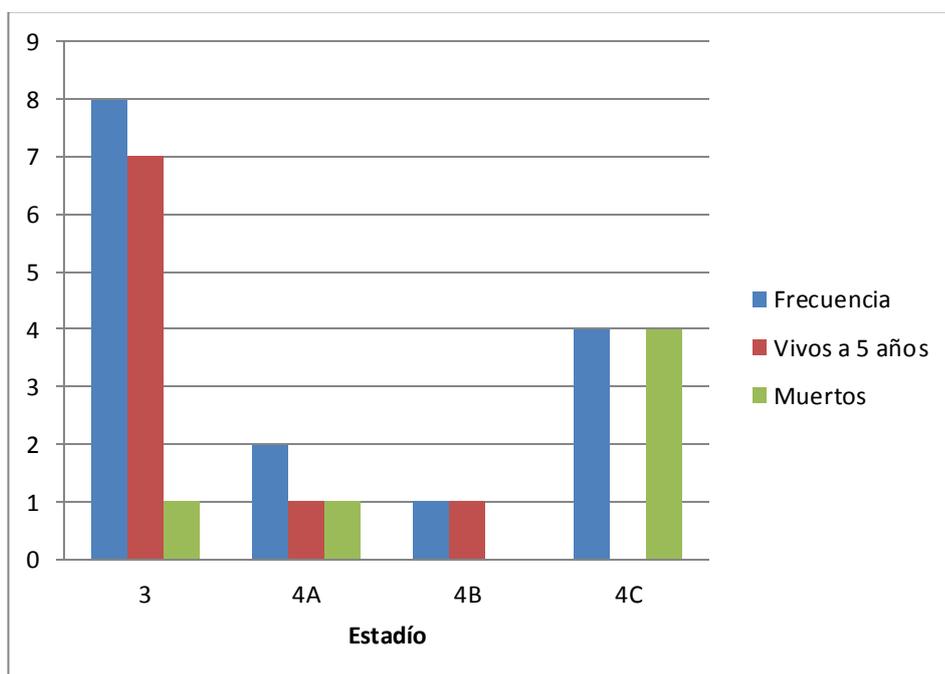


Gráfico 9. Estadío y supervivencia en pacientes mayores de 45 años

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas de los pacientes

Elaboración: Byron Andrés Chamba Lapo

Podemos de esta manera determinar que en los pacientes mayores de 45 años con estadío 3 hubo un 87,5% de supervivencia, en estadío 4A un 50%, en estadío 4B un 100% mientras que el estadío 4C mostró una peor supervivencia debido a que el 100% de los pacientes murieron en los siguientes 5 años post-tratamiento

3.3 Discusión

El cáncer de tiroides constituye el 90 % de los tumores de las glándulas de secreción interna siendo más común en mujeres que en hombres 3:1, especialmente sobre los 30 años de edad. De la población diagnosticada con nódulo tiroideo (4-5%) solo entre el 5 -10 % son malignos incrementándose a 35% en los que recibieron radiación en el cuello (menos de 20 Gy) (Cueva & Yépez , 2009), (Legra, Yoander , & Yamilda, 2013).

En EEUU en 1999 se diagnosticaron 18000 casos nuevos y fue la causa de muerte en los hombres de un 0,17% y en mujeres 0.26%, en nuestro país la tasa estandarizada es de 8,7:100000 en mujeres y 2,3:100000 en hombres y la mayoría ocurre entre los 25 y 65 años de edad (Legra, Yoander , & Yamilda, 2013), (Chala, Franco, Aguilar , & Cardona , 2010).

Según los datos en EEUU 4:100000 habitantes (casi 9/100000 por año) tienen cáncer de tiroides, alcanzando una meseta después de los 50 años (Cueva & Yépez , 2009) en la última década, el cáncer de tiroides ha aumentado siendo de 2,27 por 100000 varones europeos y de 5,58 por 100000 mujeres del mismo continente y la mortalidad por su causa ha sido de 5-6 casos por 1000000 de personas al año (Martín, Morales, & Martínez, 2009) . En nuestro país la tasa estandarizada de neoplasias de tiroides en el caso de las mujeres ha incrementado, de 9,2 por 100 mil a 13,4 por 100 mil constituye un incremento del 45,65%, más aún, en 20 años, la incidencia registrada casi se ha duplicado. En relación con los hombres, la incidencia, en el curso de 20 años ha aumentado en un 28%, es decir un incremento menos apreciable (Cueva & Yépez , 2009) .

El presente Trabajo de fin de titulación tiene como finalidad determinar cuál es la supervivencia de los pacientes con cáncer de tiroides diagnosticados en SOLCA Loja en el 2007 todo esto debido a la falta de datos y seguimiento de pacientes con cáncer de tiroides , además según la literatura en la actualidad existe un cambio de perfil en las enfermedades y muertes en los países debido a que las enfermedades infectocontagiosas ceden el paso a las crónicas, a las degenerativas y a las neoplasias, motivo que justifica realizar investigaciones al respecto en este medio. (Lasserra, Álvarez, & Martínez, 2014) Ecuador, a pesar de ser un país subdesarrollado muestra indicadores comparables con estos . (Cueva & Yépez , 2009).

Se comparó nuestro estudio con tres similares en los cuales se buscó comparar: la caracterización (sexo, edad,), supervivencia, tipo histológico, abordaje clínico y supervivencia relacionada con el estadio. Los estudios que se tomaron en cuenta para esa discusión fueron; a nivel internacional: En Colombia un estudio con 600 pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. en el cual se estableció la

caracterización de estos pacientes de acuerdo a su: edad, sexo, estadio, abordaje clínico y además se estableció la supervivencia en relación a su estadio. (Cuervo, Osorio, Romero, & Olaya, 2013) Y en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, en el que se analizó a 84 pacientes (Legra, Yoander, & Yamilda, 2013) y se los caracterizó de acuerdo a su histopatología y características clinicoquirúrgicas.

A nivel nacional se comparó los datos obtenidos con el registro de tumores de SOLCA matriz, en Guayaquil (Ecuador, 2011), en cual se hizo una caracterización de los pacientes con cáncer de tiroides y se los almacenó en una base de datos, no se realizó la comparación a nivel local debido a que no existen estudios similares, a continuación se presentan en contraste los resultados obtenidos en nuestro estudio vs los estudios ya mencionados.

El principal objetivo que se planteó en este trabajo de fin de titulación fue determinar la supervivencia de los pacientes con cáncer de tiroides de SOLCA Loja, la cual fue del 87% de todos aquellos diagnosticados con cáncer invasivo de tiroides. Se comparó este resultado con el obtenido en Colombia en el cual se hizo un seguimiento a 5 y 20 años y se determinó que hubo un 70% de supervivencia de los pacientes a 5 años y un 25.88% de supervivencia a 20 años. Ambos resultados tienen una correlación debido a que el cáncer de tiroides tiene una mayor supervivencia vs otras neoplasias malignas principalmente por su comportamiento biológico menos agresivo. (Lasserra, Álvarez, & Martínez, 2014).

Otro de los objetivos fue caracterizar a los pacientes, teniendo como resultados los siguientes datos:

Se determinó que en cuanto a la caracterización de los pacientes obtuvimos que el 79% de los pacientes eran mujeres y el 21% restante eran hombres, en Colombia se determinó una incidencia del 83.3% en mujeres vs 11,4 en hombres; y en el instituto del cáncer SOLCA de Guayaquil a partir del año 1991 (Registro de tumores SOLCA matriz, 2011) hasta el 2011 se registraron 184 casos de los cuales el 23.9% corresponde a hombres y el 76.1% a mujeres estos datos concuerdan con los obtenidos en el presente trabajo y además con la bibliografía que señala que el cáncer de tiroides es más común en mujeres (Porth, 2010) (Weetman & Jameson, 2012)

En lo referente a la edad en nuestro estudio los pacientes con cáncer de tiroides de edades mayores a 62 años correspondieron al 32 % de los pacientes, en Colombia las edades comprendidas entre 40-50 años tuvieron un 48% de incidencia, mientras que en Cuba la edad con mayor incidencia fue 31-45 años (45.2%), en cuanto al registro nacional de tumores tenemos que un 59% de los cánceres de tiroides se presentan en edades 55-69

años, en el registro nacional de tumores la mayoría 59% estaba comprendida edades 55-69 años, en cuanto a la edad nuestros datos fueron similares en cuanto a la caracterización nacional mas no internacional. Probablemente esto puede ser porque en nuestro medio las personas acuden al médico cuando ya presentan complicaciones es decir cuando ya ha llevado varios años con el cáncer de tiroides dificultando el diagnóstico oportuno.

En cuanto al tipo de cáncer, se encontró que el cáncer papilar represento el 71.42%, mientras que en Colombia se encontró que en el periodo 2006-2012 el subtipo más común fue el cáncer papilar de tiroides con un 93,6%, en Cuba en el periodo de 1995 hasta el 2011 hubo un 62% de cáncer papilar de tiroides, en los datos del registro nacional de tumores no se encontró una diferenciación según el tipo histológico estos datos tienen similitud entre si y además concuerdan con lo que se menciona en la bibliografía en la cual se señala que el cáncer más común es el papilar (Vinay Kumar, 2010) (Chala, Franco, Aguilar , & Cardona , 2010).

En lo referente al estadio en nuestro estudio la mayoría, 94% presentaban estadio III al momento del diagnóstico, mientras que en Cuba se observó que el 63,53% tenía un estadio I así como 18,8% y 10,5% en los estadios II y III respectivamente, este valor no concuerda con nuestros datos debido a lo anteriormente expuesto, la falta de un diagnóstico oportuno debido a la despreocupación del paciente, los cuales acuden al médico cuando ya presentan trastornos severos que les dificultan sus actividades diarias (disfonía, odinofagia, deformación del cuello).

Otro de los objetivos fue determinar el tratamiento o manejo recibido por los pacientes, en el cual tenemos que un 65% (de los pacientes con C. Folicular) y un 57 % (de los pacientes con C. Papilar) fueron abordados mediante tiroidectomía más yodo, lo cual es comparable con los datos que se obtuvieron en el estudio realizado en Cuba donde se encontró que se realizó tiroidectomía más yodo en el 65% en los pacientes con cáncer papilar y folicular. Este valor concuerda con nuestros datos obtenidos, debido a que en ambos países al momento del tratamiento se usan guías como las de la sociedad Española de Oncología médica o de la American Thyroid Association. Y además en la literatura se señala que son los protocolos que han mostrado mejor evidencia al momento de un tratamiento exitoso. (American Cancer Society, 2012).

En cuanto a nuestro último objetivo en el cual se determinó la supervivencia relacionada con el estadio, se observó una mayor sobrevida en pacientes con un estadio 3 al momento del diagnóstico 94% vs el estadio 4c 20% además de que en los pacientes fue más común detectar un estadio 3, se comparó estos datos con un estudio realizado por La Universidad

Nacional de la Plata , en la cual se hizo un seguimiento a 70 pacientes con cáncer de tiroides diagnosticados en año 2002 en dicha ciudad determinándose la supervivencia en relación con el estadio. (Alvarez, 2002) Obteniendo los siguientes resultados: hubo un 97% de supervivencia en los pacientes con cáncer de tiroides en estadio II y un 47 % de supervivencia en los pacientes en estadio III y IVA. Esto se correlaciona con lo señalado en la literatura donde se menciona que mientras mayor sea el estadio del cáncer habrá una menor supervivencia. (Ballesteros, 2013)

CONCLUSIONES

- Hay una mayor incidencia de cáncer de tiroides en mujeres que en hombres 78.57% vs 6%, y que la edad en la que más se diagnosticó dicha patología fue en pacientes mayores de 62 años también que es en edades mayores a 62 años, El cáncer más común es el papilar 71,42% y que el más mortal es el folicular 43% vs el papilar 15% .
- Entre los protocolos de tratamiento que se dio a los pacientes tenemos que: se realizó quirúrgico + yodoterapia en el 61% quirúrgico en el 32% y cuidados paliativos en el 4% y yodoterapia en el 3% siendo el más efectivo el tratamiento quirúrgico más yodoterapia que mostró un 82% de supervivencia vs el tratamiento solo quirúrgico que represento un 66% de supervivencia.
- En cuanto a la supervivencia relacionada con el estadio se observó una mayor sobrevida en pacientes con un estadio 3 al momento del diagnóstico 94% vs el estadio 4c 20% y además de que en los pacientes fue más común detectar un estadio 3.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda actualizar los datos de los pacientes en cuanto a domicilio y en cuanto a ocupación ya que es muy importante poner a que se dedicaron antes los pacientes y no solo remitirse a su estado actual como: “jubilado” .
- Se recomienda al personal médico así como a la institución misma, poder compartir el protocolo de manejo de los pacientes con cáncer de tiroides con todos los médicos y residentes para que de esta manera, todos estén al tanto de cómo actuar en los diferentes casos de acuerdo al estadio.
- Se recomienda la realización de campañas de detección oportuna del cáncer por parte del personal de SOLCA Loja, debido a que gracias a este trabajo de fin de titulación se logró determinar que la mayoría de pacientes acede con estadios 3-4 de cáncer de tiroides debido a la falta de una detección oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Registro de tumores SOLCA matriz*. (1 de Agosto de 2011). Recuperado el 23 de Febrero de 2015, de Registro de tumores SOLCA matriz: <http://www.solca.med.ec/>
2. Alton, J. (2013). What is the meaning of survival . En A. Alton, *The Survival Medicine Handbook* (págs. 10-14). New Jersey: Doom and Bloom.
3. Amado, J., & Olmos, J. (2013). Fisiopatología de la glándula tiroides. En F. García , J. Merino, & J. González , *Patología general* (págs. 625-634). Madrid, España: Marbán.
4. American Cancer Society. (2012). Cancer Facts & Figures for Hispanics/Latinos 2012-2014. *American Cancer Society*.
5. Barry, W. (2012). Endocrine Tumors. En K. D., *The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook* (pág. 900). Lippincott Williams & Wilkins.
6. Carling, T., & Udelsman, R. (2011). Thyroid tumors. En V. DeVita, T. Lawrence, & S. Rosenberg, *Cancer: Principles and Practice of Oncology* (págs. 320-326). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
7. Chala, A., Franco, H., Aguilar , C., & Cardona , J. (2010). Estudio descriptivo de doce años de cáncer de tiroides. *Rev Colomb Cir.*, 276-289.
8. Cuervo, J., Osorio, K., Romero, A., & Olaya, N. (2013). Caracterización clínica e histopatológica del carcinoma papilar de tiroides en el instituto nacional de cancerología E.S.E. *Revista Colombiana de Cancerología*, 100-108.
9. Cueva , P., & Yépez , J. (2009). Epidemiología del cáncer en Quito 2003-2005. *Registro nacional de tumores SOLCA Quito*, 174-181.
10. Decker, C. (2012). Move All Patients Safely. *MidState Medical Center* , 22.
11. es.thefreedictionary.com/evolución. (s.f.). es.thefreedictionary.com/evolución. Recuperado el 16 de mayo de 2014
12. F, G. (2004). TNM: Our Language of Cancer. . *CA Cancer J Clin* , 129-130.
13. Kumar , V., Abul , A., & Aster, J. (2010). Neoplasias. En Robbins, & Cotran, *Patología estructural y funcional* (págs. 260-282). Barcelona, España: ELSEVIER.
14. Lasserra, Ó., Álvarez, I., & Martínez, B. (2014). Comportamiento Epidemiológico del cáncer de tiroides en pacientes con supervivencia de 20 años o mas . *Revista latinoamericana de patología clínica*, 2-5.
15. Legra, E., Yoander , C., & Yamilda, M. (2013). Caracterización clinicoquirúrgica y anatomopatológica de pacientes con cáncer de tiroides en el período 1995-2011. *MEDISAN*, 2-8.
16. Markovie , I., Dzodic, R., Jokic, N., & Juskic, M. (2012). Prognostic factors in differentiated thyroid carcinoma. *INSTITUTE FOR ONCOLOGY AND RADIOLOGY OF SERBIA*, 2.

17. Martín, G., Morales, K., & Martínez, N. (2009). Aplicación del índice pronóstico AGES para el tratamiento del carcinoma bien diferenciado de la tiroides . *Biblioteca virtual de salud* , 1-3.
18. Martin, L. (2012). Endocrinología. En Farreras , & Rozman, *Medicina Interna* (págs. 1893-1900). Barcelona, España: ELSEVIER.
19. (2010). Transtornos en el control endócrino . En C. M. Porth, *Fisiopatología Salud-Enfermedad: un enfoque conceptual* (págs. 973-988). Buenos Aires : Médica Panamericana .
20. Rubin , R., & David , S. (2012). Neoplasias . En E. Rubin, *Patología, fundamentos clinicopatológicos en medicina* (pág. 158). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
21. Society, A. C. (4 de Noviembre de 2014). *American Cancer Society*. Recuperado el 2015 de Enero de 2015, de American Cancer Society:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdetiroides/guiadetallada/cancer-de-tiroides-early-survival-rates>
22. Society, A. C. (2015). Cáncer de Tiroides. *American Cancer Society*, 5-8.
23. Tronko MD, H. G. (2006). A cohort study of thyroid cancer and other thyroid diseases after the chornobyl accident: thyroid cancer in Ukraine detected during first screening. *Journal of National Cancer Institute*, 897-903.
24. Vinay Kumar, A. K. (2010). *Patología estructural y funcional* . Barcelona: Elsevier.
25. Weetman, A., & Jameson, L. (2012). Transtornos de la glándula tiroides. En D. Longo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, & L. Jameson, *Principios de medicina interna* (págs. 2911-2935). México: McGraw-Hill.

ANEXOS

Ficha de observación

N° Cédula	Sexo		Edad	Ocupación	Antecedentes patológicos	Lugar de residencia	Tipo de cáncer			estado	Tratamiento			Fecha de inicio de tratamiento	Fecha de fin de tratamiento	Estado
	M	F					Años	Cáncer papilar	Cáncer folicular		Cáncer medular	Cáncer anaplásico	Quirúrgico			
36092	X		54	QOOD	Hipotiroidismo	Chahuapamba	X				X			05/01/2007	08/11/2007	3
26952	X		38	QOOD	Esquizofrenia	Loja "El Valle"	X				X			13/02/2007	03/12/2007	3
40344	X		81	Ninguna	HTA	Cariamanga	X				X			17/04/2009	26/04/2007	4a
20789	X		24	Estudiante		Sagrario	X				X			02/04/2007	07/04/2007	3
11689	X		21	QOOD		Loja "Epoca"	X				X			15/04/2007	19/04/2007	3
10022	X		64	QOOD		Loja "Plateado"	X				X			13/04/2007	20/04/2007	3
11174	X		36	Comerciante		Loja "Epoca"	X				X			09/05/2007	14/05/2007	3
39742	X		53	QOOD		Loja "San Pedro"	X				X			16/05/2007	24/05/2007	3
43100	X		27	Ninguna	HTA	Loja "Epoca"	X				X			10/06/2007	15/06/2007	3
43496	X		47	Agricultor		Loja "Pitas"	X				X			09/06/2007	11/06/2007	33
20575	X		76	Ninguna		Loja "Sagrario"	X				X			22/11/2008	15/06/2007	4c
43352	X		64	QOOD		Loja "S. Sebastian"	X				X			19/06/2007	21/06/2007	4a
43287	X		65	Conductor		Zemora	X				X			17/06/2007	20/06/2007	4b
43379	X		36	Ninguna		Cuenca	X				X			10/06/2007	26/06/2007	3
43041	X		81	Ninguna		Catoca	X				X			27/06/2007	27/06/2007	4c
44669	X		43	Servidor Pub.	Dislipidemia	Loja "Las Peñas"	X				X			01/07/2007	09/07/2007	4c
17020	X		62	QOOD	HTA	Catmayo	X				X			03/01/2008	06/07/2007	3
44962	X		36	Comerciante	Hepatitis	Loja "Epoca"	X				X			05/07/2007	13/07/2007	4a
2689	X		32	QOOD		Loja "Pitas"	X				X			19/07/2007	23/07/2007	3
8069	X		54	QOOD		Yarisata	X				X			24/07/2007	30/07/2007	3
43468	X		71	QOOD		Cariamanga	X				X			23/07/2007	30/07/2007	4c
47382	X		63	Agricultor		Amaluza	X				X			03/09/2011	07/09/2007	4c
48450	X		32	Ninguna		El Cisne	X				X			13/09/2007	20/09/2007	3
49284	X		35	Agricultor		El Cisne	X				X			11/10/2007	16/10/2007	3
45116	X		51	QOOD		Loja "Pitas"	X				X			26/10/2007	31/10/2007	3
14167	X		22	Estudiante		Loja "Sagrario"	X				X			06/11/2007	15/11/2007	3
47633	X		32	Ninguna		Loja "Las Peñas"	X				X			08/11/2007	13/11/2007	2
49765	X		18	Estudiante		Zamora	X				X			01/12/2007	10/12/2007	3