UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TITULO DE MÉDICO

Supervivencia global de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007 en el Instituto del Cáncer SOLCA - Loja

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Pullaguari Quizhpe, Alba Verónica

DIRECTOR: Castillo Córdova, Paul Humberto, 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 DE TRABAJO DE TITULACION

Doctor.

Paul Humberto Castillo Córdova.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación "Supervivencia global de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007 en el Instituto del Cáncer SOLCA - Loja" realizado por Pullaguari Quizhpe Alba Verónica; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja,……. de abril del 2017.

F)…….

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo, Pullaguari Quizhpe Alba Verónica declaro ser autora del presente trabajo “Supervivencia global de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007 en el Instituto del Cáncer SOLCA - Loja”, de la Titulación de Medicina, siendo Castillo Córdova Paul Humberto, director del presento 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 idea, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presento trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición el 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: Pullaguari Quizhpe Alba Verónica

Cédula: 1105006884

DEDICATORIA:

El presente informe del trabajo de titulación, lo dedico a mis padres por su trabajo, sacrificio y amor; gracias a ustedes he logrado llegar a esta instancia de mi carrera. A mi hermano José Efraín; por su apoyo e impulso para seguir adelante. A mi querida tía Fanny; que ya no está presente físicamente, pero sé que desde el cielo me cuidas y me ayudas a que todo me vaya bien. Con gratitud y admiración.

Alba Verónica

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el don de la vida, por sus bendiciones sobre mí y llenarme de fuerza para vencer todos los obstáculos, fe para creer en lo que me parecía imposible terminar y llevar a feliz término este sueño.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, por permitir mi formación, tanto académica como espiritual; y en especial al Dr. Paul Humberto Castillo, quien me ha orientado, corregido en mi labor científica; por su gran ayuda y comprensión en el desarrollo de esta tesis.

A todo el personal del Instituto del Cáncer Solca Núcleo de Loja; por su apertura y ayuda incondicional para la obtención de tan valiosa información.

A todos mis maestros por sus valiosos conocimientos impartidos para lograr de mí una profesional.

Alba Verónica

INDICE DE CONTENIDOS

Paginas

CARATULA……..i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN……..…...…….ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS……...…….iii
DEDICATORÍA…….....iv
AGRADECIMIENTO…….....v
ÍNDICE DE CONTENIDOS……..….....vi
RESUMEN ……..…….....1
ABSTACT……..……2
INTRODUCCIÓN…….…... 3-4
OBJETIVOS……5
CAPITULO I: MARCO TEORICO…… 6-22
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO……...23-27
CAPITULO III: DISCUSION DE RESULTADO Y ANALISIS……..28-59
CONCLUSIONES…….…….……...60-61
RECOMENDACIONES……..…….……..62
BIBLIOGRAFÍA…….…….63-66
ANEXOS…….67-69

RESUMEN

El presente trabajo busca determinar la supervivencia global a los cinco años en las pacientes con cáncer invasivo de cuello uterino diagnosticadas durante los años 2006 y 2007, realizándose un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal mediante análisis de las historias clínicas; obteniéndose un total de 44 pacientes durante estos años. La edad de mayor incidencia comprende entre 25 - 50 años. La supervivencia vario respecto al estadio, siendo para el estadio I: 100%, estadio II: 56%, estadio III: 34% y estadio IV: 11%. De acuerdo al examen del Pap test, la mayor parte de la población refieren que nunca se han realizado este examen: con un total de 23 pacientes (56%), en el año de diagnóstico se realizaron 7 pacientes (16%), hace 24 a 36 meses 8 pacientes (18%) y hace varios años 6 pacientes (14%). El diagnóstico de cáncer de cérvix es tardío en la mayoría de las pacientes, lo que hace que el tratamiento sea limitado, aumente las recidivas y disminuya la supervivencia.

PALABRAS CLAVES: cáncer de cérvix; supervivencia, tratamiento.

ABSTRACT

The present study aims to determine the overall survival at five years in patients with invasive cervical cancer diagnosed during the years 2006 and 2007, a descriptive, retrospective and cross - sectional study was carried out by analyzing the clinical records; Obtaining a total of 44 patients during these years. The age of greatest incidence is between 25 and 50 years. Survival was different in relation to the stage, being for stage I: 100%, stage II: 56%, stage III: 34% and stage IV: 11%. According to the Pap test, most of the population report that this test has never been performed: a total of 23 patients (56%) were diagnosed in the year of diagnosis, 7 patients (16%), 24 To 36 months 8 patients (18%) and several years ago 6 patients (14%). The diagnosis of cervical cancer is late in most patients, which makes treatment limited, increases relapses and decreases survival.

KEY WORDS: cervix cancer; Survival, treatment.

INTRODUCCION

EL cáncer una enfermedad neoplásica que se produce por el crecimiento exacerbado de células las mismas que proliferan de manera anormal y descontrolada dentro del organismo como consecuencia de alteraciones del ADN. El cáncer de cérvix es la tercera neoplasia más común en mujeres alrededor del mundo, principalmente durante la edad fértil

Se la define como una enfermedad en la cual las células cancerosas crecen en el cuello uterino y se manifiesta cuando las células del cuerpo se dividen sin control ni orden. Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común. Constituye un importante problema de salud pública, en especial en países en vía de desarrollo.

Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres son cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer cervicouterino en edades comprendidas entre 20-50 años. El cáncer del cérvix tiene una historia natural que inicia con la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, pasa por las de alto grado, posteriormente llega al cáncer micro invasor y al invasor propiamente dicho y por último la muerte

El cáncer de cérvix uterino en la mujer de Latinoamérica es un problema grave de salud, que ocupa por incidencia y mortalidad el primer lugar en las mujeres de edad productiva**; e**s el tercer diagnóstico más común de cáncer y la causa de muerte entre los cánceres ginecológicos en Estados Unidos, con tasas de incidencia y mortalidad más bajas que el cáncer de cuerpo uterino o cáncer de ovario.

La Organization Mundial de la salud indica que las mas' afectadas por el cancer cervicouterino son las mujeres pobres y con acceso limitado hacia actividades de deteccion, diagnostico precoz o tratamiento.

El desarrollo de este tipo de cáncer requiere de una infección previa con VPH, pero la presencia de éste en el organismo, no conlleva obligatoriamente a la enfermedad. Existen varios factores de riesgo asociados al huésped que potencian el desarrollo de este tipo de cáncer, dentro de los cuales se encuentran: la edad, el número de compañeros sexuales, la

edad de inicio de las relaciones sexuales, la cantidad de partos y abortos, el consumo prolongado de anticonceptivos orales, el tabaquismo, una alimentación deficiente y factores genéticos. Como factores de riesgo asociados al virus se encuentran: la carga viral y las infecciones múltiples o coinfecciones.

El virus responsable de las alteraciones celulares que preceden el cáncer de cuello uterino es el Papiloma Virus Humano (PVH). Actualmente se conoce que de los más de 100 tipos de PVH, y en América Latina más del 70% de los casos de cáncer de cuello se deben a los tipos 16 y 18. La infección por el virus del papiloma humano, se considera como una enfermedad de transmisión sexual más frecuente; su importancia radica en el potencial oncogénico. Afecta principalmente la zona de transición del cuello uterino y la línea pectínea del canal anal. En el Ecuador estadísticamente millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical relacionado a cepas oncogénicas de VPH; aumenta en la población sexualmente activa, sobre todo aquellas que inician actividad sexual a edades tempranas.

El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo efectivo para hablar sobre supervivencia a los 5 años. La detección de cáncer cervicouterino se hace por medio de una prueba de Papanicolaou, como parte de una exploración ginecológico, ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello antes de que pueda convertirse en células precancerosas o cáncer cervicouterino. El cáncer cervical se desarrolla en la unión escamocolumnar, es decir, el área del cuello uterino en donde las células escamosas del revestimiento vaginal y la porción externa del cuello se unen con las células columnares que tapizan el canal endocervical. Con la edad, los cambios en el pH vaginal desencadenan un proceso de metaplasma en el que las células escamosas comienzan a cubrir las células columnares, lo cual produce un área denominada zona de transformación.

El cáncer es una enfermedad importante, pero no todas las personas que tienen cáncer van a morir por esa enfermedad. Para ellos, el cáncer se convirtió en un problema de salud persistente, vivir con la enfermedad es el mayor desafío que enfrentaron alguna vez en su vida. Según las estadísticas reportadas en el Instituto SOLCA - Loja se ha visto la necesidad de realizar esta presente investigación acerca del cáncer invasivo de cérvix, enfocándose principalmente en la supervivencia global a los 5 años que logran estas pacientes, tomando en cuenta que son patologías de alto impacto social y económico tanto a nivel internacional, nacional y por tanto local.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la supervivencia global en las pacientes con cáncer invasivo de cérvix mediante revisión de historias clínicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Caracterizar a los pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007.

Determinar el manejo terapéutico de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix.

Establecer la supervivencia a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix por etapas clínicas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Cáncer de cérvix

1.1.1 Definición de cáncer de cérvix

El cáncer es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y esta descoordinado con el de los tejidos normales, y persiste de la misma forma excesiva después de cesar los estímulos que desencadenaron el cambio. (Kumar V. , Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

Todos los cánceres empiezan en las células, unidades básicas de vida del cuerpo. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2015) no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. (OMS, 2015).

El cáncer de cérvix es una enfermedad en la cual las células cancerosas crecen en el cuello uterino y se manifiesta cuando las células del cuerpo se dividen sin control ni orden. (NYU Langone Medical Center, 2012). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común. La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano. (NCI, 2014). Los tipos más comunes son el cáncer tipo escamoso y el adenocarcinoma.

1.1.2 Epidemiologia de cáncer de cérvix

El cáncer cervical tiene un gran impacto especialmente en los países en desarrollo. Un 86% de los casos nuevos se producen en estas áreas donde los programas de detección no están bien establecidos o no son efectivos. En la mayoría de dichos países el cáncer cervical es la principal causa de muerte de cáncer entre las mujeres”. “Según las últimas estimaciones mundiales, todos los años surgen aproximadamente 530.000 nuevos casos de cáncer y 275.000 muertes” (Frumovitz, 2014). A nivel mundial, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino es del 52%.

En los Estados Unidos se diagnostican más de 12.360 nuevos casos de cáncer cervical invasivo y aproximadamente 4.020 muertes relacionadas al cáncer ocurren cada año. (NCI, 2014)

En América Central y del Sur, Caribe, África subsahariana, partes de Oceanía y partes de Asia tienen los índices más altos (más de 30 por cada 100.000 mujeres). Las tasas más bajas corresponden a Medio Oriente, América del Norte, Australia, China y regiones de Europa Occidental. (Longo, y otros, 2012).

En los países desarrollados, el cáncer de cuello uterino fue el décimo tipo más común de cáncer en las mujeres (9,0 por 100.000 mujeres) y se encontraba fuera de las diez principales causas de la mortalidad por cáncer (3,2 por 100.000). Por el contrario, en los países en desarrollo, era el segundo tipo más común de cáncer (17,8 por 100.000) y la causa de la muerte por cáncer con una tasa de 9,8 por 100.000 entre las mujeres. (Michael, 2013).

El cáncer de cérvix uterino en la mujer de Latinoamérica es un problema grave de salud, que ocupa por incidencia y mortalidad el primer lugar en las mujeres de edad productiva. (Corcoran & Crowley, 2014)

"En el Ecuador, el cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad en mujeres, superada solo por el cáncer de estómago" (Andes, 2013), hay cuatro millones de mujeres que están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa de incidencia es de 24.8 por cada 100 000 mujeres por año; ubicándose en el sexto puesto a nivel de Sudamérica y su tasa de mortalidad de 12.4 por 100 000 mujeres por año; demostrando así que en países en desarrollo aún faltan programas basados en investigaciones de tamizaje, y nuevas tecnologías como vacunas y métodos de diagnóstico moleculares. En nuestro país es el más frecuente en términos absolutos, a pesar de que se trata del único tipo de cáncer al que se le han dedicado múltiples campañas de prevención y detección precoz desde más de 25 años. (Pignatario, 2008).

Se presentan alrededor de 1200 nuevos casos por año y mueren alrededor de 400 según los datos tomados del INEC y de los diferentes registros de cáncer publicados por los núcleos de SOLCA. (Pignatario, 2008).

"La tasa de incidencia de Cáncer Invasor de cuello uterino, estandarizada por edad, reportada por el Registro de Cáncer de Quito es de 20,2 por 100.000 habitantes, y publicada electrónicamente en el Volumen X de Cancer Incidence in Five Continents se ubica en el puesto 12 entre 70 países cuya información ha sido aceptada por la Asociación Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR). Según estimaciones de Globocan, para el Ecuador en el año 2015 se esperan 2365 casos nuevos" (SOLCA Quito, 2012) y una mortalidad de 1170 personas. (SOLCA Quito, 2012)

En la Provincia de Loja el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en la mujer con cifras muy alarmantes de 32/100 000 habitantes. Desde el año 1997 al 2006, se reportaron 844 casos de tumores malignos localizados a nivel del cuello de útero. Solo en el cantón Loja se diagnosticaron 422 casos durante este mismo período, que representan 23,1% del total de diagnósticos oncológicos en mujeres. La tasa de incidencia global del cáncer de cérvix invasor es de 31.5 x 100 000 habitantes y del cáncer in situ es de 23,8 x 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad del cáncer de cérvix uterino es de 9,6 x 100 000 habitantes de la ciudad de Loja.

1.1.3 Supervivencia a 5 años

"La supervivencia a 5 años se refiere al porcentaje de pacientes que sobreviven al menos 5 años después de haberse detectado el cáncer" (ACUDES, 2008) excluidas aquellas que mueren por otras enfermedades. (NCI, 2014). Como en el Ecuador no existe tasas de supervivencia publicadas, se tomaran en cuentan los siguientes reportes:

"Según la Asociación contra el cáncer de cuello uterino en España la tasa de supervivencia a 5 años para las etapas iniciales del cáncer invasivo del cuello uterino es de 92%. La tasa general (todas las etapas combinadas) de supervivencia a 5 años es alrededor de 72%". (ACUDES, 2008)

En los Estados Unidos, para todos los estadios del cáncer de cuello uterino, la tasa de supervivencia a cinco años asciende al 68 %. Cuando se lo detecta en un estadio temprano, la tasa de supervivencia es del 91 %". (Cancer. Net, 2014)

Con los métodos actuales de tratamiento se consigue una supervivencia a los 5 años de al menos un 95% para el carcinoma en estadio IA, alrededor del 80 a 90% para los tumores estadio IB, del 75% para el estadio II, y de menos del 50% para estadios III o más evolucionados. La mayoría de los pacientes en estadio IV fallecen a consecuencia de la extensión local del tumor, en vez de por metástasis a distancia. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

Los años de vida perdida en el cáncer de cérvix son de 23,7%. (Brustugun, Moller, & Helland, 2014). El pronóstico requiere de una valoración del estado general de salud de la paciente y la determinación del estadio clínico del cáncer invasor (IARC Screening Group , 2015) y hasta cierto punto del tipo celular. Los tumores adenocarcinoma y neuroendocrino de células pequeñas tienen un pronosticó muy desfavorable.

1.1.4 Características sociodemográficas

Son características de la población que pueden ser medidas y susceptibles al análisis demográfico; como su edad, sexo, estado conyugal, color de la piel, ocupación, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica, que inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen. (ASIS, 2010)

1.2 **Cáncer invasivo de cérvix**

1.2.1 **Incidencia**

El cáncer de cérvix es el que se forma en los tejidos del cuello uterino. Es el tercer diagnóstico más común de cáncer y la causa de muerte entre los cánceres ginecológicos en Estados Unidos, con tasas de incidencia y mortalidad más bajas que el cáncer de cuerpo uterino o cáncer de ovario. (NCI, 2014).

1.2.2 Tipos histológicos

El carcinoma escamoso es el subtipo histológico más común y representa aproximadamente un 80% de los casos; la lesión intraepitelial escamosa de grado alto es un precursor inmediato del carcinoma escamoso cervical. El segundo tipo más común es el adenocarcinoma y constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de una lesión precursora llamada adenocarcinoma in situ. Los carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos son tumores cervicales raros que representan un 5% de los casos. Todos los tipos de tumores son causados por VPH con riesgo oncogénico alto. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

1.2.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el cáncer cervical guardan relación con características tanto del huésped como del virus, entre ellos incluyen:

1. Tener múltiples compañeros sexuales.
2. Miembro varón de la pareja con múltiples parejas sexuales previas o actuales.
3. Tener relaciones sexuales a temprana edad.
4. Infección persistente de VPH con riesgo oncogénico alto.
5. Antecedente de infección de transmisión sexual e inmunosupresión.
6. Uso de anticonceptivos orales.
7. Consumo de nicotina.
8. Exposición a DES prenatal
9. Paridad alta.

10. Oncogenicidad vírica.
11. Presencia de cocarcinogenos.
12. Estrato económico bajo que no les permita a las mujeres costear las citología cervicales regulares; se asocia con un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino avanzado presentando una tasa de 71 % de mortalidad (Frumovitz, 2014)

1.2.4 **Patogenia**

Los VPH con riesgo oncogénico alto son considerados en la actualidad el factor más importante por si solo para la neoplasia cervical y se puede detectar en el 99,7 % de los cánceres de cuello uterino. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a pesar de que la vacuna para prevenir las infecciones más comunes por el VPH, que apareció en el mercado en el año 2006 y ha sido incorporada en los programas de vacunación de varios países, el tamizaje neonatal sigue siendo esencial y la mejor inversión para afrontar el cáncer de cuello uterino”. (Andes, 2013). Según algunas estimaciones, si en todo el mundo se lograra tasas de vacunación en un 70 %, esperaríamos ver una disminución de 344.520 nuevos casos de cáncer de cuello uterino cada año y evitar 178.182 muertes relacionadas con el cáncer del cuello del útero. (Michael, 2013)

Hay cuatro pasos principales en el desarrollo del cáncer cervical:
1. Infección VPH oncogénico del epitelio metaplásico en la zona de transformación cervical.
2. Persistencia de la infección por el VPH.
3. La progresión de un clon de células epiteliales de la infección viral persistente para pre cáncer.
4. Desarrollo del carcinoma y la invasión a través de la membrana basal.

La infección por VPH del tracto genital es muy común, un porcentaje alto de mujeres jóvenes son infectadas por uno o más tipos de VPH durante sus años fértiles, y solo unas pocas de ellas desarrollan cáncer. Se ha estimado que el 75 a 80% de los adultos sexualmente activos adquirirá esta infección antes de los 50 años. Entre los 40 tipos de VPH identificados, aproximadamente 15 son conocidos por tener riesgo oncogénico alto. Desde el punto de vista de la patología cervical, el VPH 16 y el VPH 18 son los más importantes. El VPH 16 justifica por si solo el 60% de los casos de cáncer cervical y el VPH 18 representa el 10% de los casos; otros tipos de VPH como el 6 y el 11 contribuyen individualmente con menos del 5% de los casos y se asocian a verrugas benignas. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

La mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y eliminadas por la respuesta inmunitaria en meses. Otros cocarcinogenos, el estado inmunitario del paciente, los factores hormonales y otros factores condicionan la evolución de la infección por VPH hacia la regresión o hacia la persistencia y la progresión posible hasta el cáncer. (Frumovitz, 2014) "El carcinoma de cuello uterino se puede diseminar por invasión local, los ganglios linfáticos regionales o el torrente sanguíneo. La diseminación del tumor es, por lo general, una función de la extensión y la invasión de la lesión local. Aunque el cáncer de cuello uterino suele avanzar de manera ordenada, en ocasiones, se puede observar un tumor pequeño con metástasis a distancia. Por este motivo, las pacientes se deben evaluar minuciosamente para detectar enfermedad metastásica". (NIC , 2015)

La extensión linfática puede implicar el cuerpo uterino, la vagina, la cavidad peritoneal, la vejiga o el recto; la participación del ovario por extensión directa es rara; las metástasis ováricas ocurren en aproximadamente el 0,5 % de los carcinomas de células escamosas y el 1,7 % de los adenocarcinomas. Los sitios más comunes de diseminación hematógena son los pulmones, el hígado y la médula; menos frecuentes son el intestino, las glándulas suprarrenales, el bazo, y el cerebro. La distribución de los sitios de metástasis nodal fueron: ilíaca externa (43%), obturador (26%), parametrial (21 %), ilíaca común (7 %), pre sacro y para aórtico (1 %).

El riesgo de metástasis a los ganglios aumenta con la profundidad de la invasión, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO):

1. Etapa IA1: 0.6%
2. Etapa IA2: 7 %
3. Estadio IB: 8 %
4. Estadio IIA: 12 %
5. Estadio IIB: 29 %
6. Fase IIIA: 17 %
7. Etapa IIIB: 27 %
8. Etapa IVA: 47 %

1.2.5 Manifestaciones clínicas

El cáncer de cuello uterino precoz es frecuentemente asintomática, lo que subraya la importancia de la detección. Los síntomas habitualmente no aparecen hasta que el cáncer ha invadido otros tejidos u órganos. (SEOM, 2013)

Los síntomas más comunes de presentación son:

1. Manchas de sangre o sangrado leve entre menstruación y menstruación o después de la misma.
2. Sangrado vaginal irregular.
3. Sangrado postcoital.
4. Sangrado después de la menopausia.
5. Algunas mujeres presentan una secreción vaginal que puede ser acuosa, mucosa, purulenta y maloliente. Este es un hallazgo inespecífico y puede confundirse con vaginitis o cervicitis.
6. La enfermedad avanzada puede presentarse con dolor de espalda pélvica o inferior, que puede irradiarse a lo largo de la parte posterior de las extremidades inferiores.
7. Los síntomas intestinales o urinarios son poco comunes y sugieren una enfermedad avanzada. (NCI, 2014)

Las características clínicas y los factores de riesgo son los mismos para cada tipo de tumor, con la excepción de que los adenocarcinomas, los carcinomas adenoescamosos y los carcinomas neuroendocrinos se presentan en los casos típicos como enfermedad en fase avanzada. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

1.2.6 **Diagnóstico**

Para el diagnóstico es preciso realizar una historia clínica adecuada que incluyan los antecedentes patológicos personales, factores de riesgo, y los síntomas de cáncer de cuello uterino. Una exploración física general y ginecológica exhaustiva, valorando el tamaño y el aspecto de los órganos pélvicos. (SEOM, 2013)

1. Un examen pélvico se debe realizar en cualquier mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino, un examen completo de la pelvis incluyendo examen recto vaginal con la evaluación del tamaño del tumor y la participación vaginal o parametrial que se requiere para la estadificación del cáncer de cuello uterino. (SEOM, 2013)
2. Una prueba de VPH.
3. La citología cervical es el principal método para detectar el cáncer de cuello uterino.
4. La colposcopia.
5. La biopsia cervical es la que establece el diagnóstico definitivo del cáncer y el tipo histológico. Dentro de ella existe: la biopsia colposcopica, curetaje endocervical, y conización. (American Cancer Society, 2014)
6. La cistoscopia, la rectosigmoidoscopia

Los estudios de imagen no son típicamente parte del diagnóstico de cáncer cervical, aunque algunos se utilizan para la estadificación y evaluación de las mujeres con enfermedad maligna conocida. (Frumovitz, 2014). Estos incluyen:

1. La radiografía de tórax.
2. La urografía.
3. La Tomografía Axial Computarizada es una exploración útil en pacientes en las que no sea posible realizar un estadiaje quirúrgico y ayuda a comprobar el estado de los ganglios.
4. "La Resonancia Magnética Nuclear es la exploración radiológica que aporta más información para valorar la profundidad de invasión del tumor en el cérvix y también la posible infiltración de otras estructuras pélvicas (parametrios, vagina, recto, vejiga)" (SEOM, 2013)
5. La Tomografía por Emisión de Positrones es útil para diferenciar, si tras el tratamiento, persiste tumor o se trata de fibrosis. Tiene una sensibilidad de 85-90% y una especificidad de 95-100%. (SEOM, 2013)

1.2.7 Tratamiento

"El tipo de tratamiento dependerá del tamaño y localización del tumor, el estado general de la paciente y la intención de tener hijos. Si la mujer estuviera embarazada se deberá plantear la posibilidad de retrasar el tratamiento hasta el nacimiento. La decisión sobre el tratamiento más adecuado a cada situación suele tomarse por consenso entre diferentes especialistas (Ginecólogo, Radioterapeuta, Oncólogo médico)". (SEOM, 2013)

Incluye básicamente la cirugía, radioterapia, la quimioterapia o la terapia dirigida. (American Cancer Society, 2014)

Tratamiento por estadios

Estadio 0 (Carcinoma in situ)

Los más utilizados son la cirugía láser y la conización. Otros incluyen la histerectomía total, braquiterapia en una sola sesión o escisión electro quirúrgica con lazo. (SEOM, 2013)

Etapa	Tratamiento Primario	Nota
IA1 (sin invasión del espacio linfo vascular)	Biopsia de cono con márgenes negativos.	Ver vigilancia

	Si los márgenes son positivos, repetir biopsia o realizar traquelectomía	
IA1 y IA 2 (con invasión del espacio linfo vascular)	Biopsia de cono con márgenes negativos. Si los márgenes son positivos, repetir biopsia o realizar traquelectomía + disección de ganglios linfáticos pélvicos + muestreo de ganglios linfáticos para aórticos. (Considere el mapeo del ganglio centinela)	Ver vigilancia
	Traquelectomía radical + disección de ganglios linfáticos pélvicos	Ver vigilancia
IB1	Traquelectomía radical + disección de ganglios linfáticos pélvicos + muestreo de ganglios linfáticos para aórticos.	Ver vigilancia
IB1 – IIA1	Histerectomía radical + disección de ganglios linfáticos pélvicos + muestreo de ganglios linfáticos para aórticos	
	RT pélvica + braquiterapia (dosis punto A: 80-85 Gy) + QMT con cisplatino concurrente	Ver vigilancia
IB2 – IIA2	RTP pélvica definitiva + QMT con cisplatino concurrente + Braquiterapia (dosis > 65 Gy)	Ver vigilancia
	Histerectomía radical + disección de ganglios linfáticos pélvicos + muestreo de ganglios linfáticos para aórticos	Ver hallazgos quirúrgicos
	RT pélvica + quimioterapia que contenga cisplatino + braquiterapia dosis punto A 75-80 Gy + histerectomía adyuvante	Ver vigilancia
Tumor voluminoso seleccionado: **IB2, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IV A**	RT pélvica + quimioterapia que incluya cisplatino + braquiterapia	Ver estatus ganglionar

Fuente: (NCCN, 2015)

Hallazgos Quirúrgicos	Tratamiento adyuvante	Nota
Ganglios negativos, márgenes negativos , parametrio negativo	Observación RT pélvica opcional si existe combinación de factores de alto riesgo + QMT a base de cisplatino.	Ver vigilancia
Ganglios pélvicos positivos y/o margen quirúrgico positivo, Parametrio positivo	RT pélvica + quimioterapia concurrente que contenga cisplatino ± braquiterapia vaginal	

		Ver vigilancia
Ganglios paraaórticos positivos por estadificación quirúrgica	RT a ganglios paraaórticos+ quimioterapia concurrente que contenga cisplatino+ RT pélvica± braquiterapia RT individualizada	Ver vigilancia
Ganglio linfático pélvico positivo/ ganglio linfático paraaórtico negativo por estadificación quirúrgico	RT pélvica + quimioterapia concurrente que incluya cisplatino + braquiterapia	Ver vigilancia

(NCCN, 2015)

	Terapia de rescate	
Local, regional, recurrente	Sin RT previa o fracaso anterior, considere resección quirúrgica si es factible	Quimioterapia basada en cisplatino o braquiterapia Mejor terapia de apoyo
	RT anterior: Enfermedad central	Exenteración pélvica + RT intraoperatoria Histerectomía radical + braquiterapia
	Enfermedad no central	RT directa al tumor + QMT QMT
Metástasis a distancia	Susceptible a tratamiento local	Resección + RT Terapias ablativas locales + RT RT + QMT concurrente (puede considera QMT adyuvante sistémica)
	No susceptible a tratamiento local	QMT Mejor terapia de apoyo

(NCCN, 2015)

1.2.8 Prevención

La amenaza potencial del cáncer cervical es central para los programas de detección selectiva mediante la triple toma cérvicovaginal y el estudio histológico de muestras de biopsia por parte del patólogo. La prevención y el control del cáncer cervical se pueden dividir en varios componentes:

1. Incluye la detección selectiva citológica y el control de las anomalías en la triple toma cérvicovaginal.
2. El diagnostico histológico y la extirpación de las lesiones precancerosas.
3. La extirpación quirúrgica de los canceres infiltrantes con radioterapia y quimioterapia complementarias.

El cáncer cervical a menudo se puede evitar mediante la prevención de lesiones precancerosas y hacerse pruebas de Papanicolaou con regularidad para encontrar pre cánceres para que puedan ser tratados. (CDC, 2014)

La prevención de lesiones precancerosas significa controlar los posibles factores de riesgo tales como: el retraso de la primera relación sexual, limitar el número de parejas sexuales, evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas, tener sexo seguro usando condones ya que esto reduce el riesgo de infección por VPH y dejar de fumar. (Cancer. Net, 2014)

La prueba de Papanicolaou es la prueba más común para los primeros cambios en las células que pueden conducir al cáncer cervical. En el año 2003, la FDA recomienda que las pruebas de Papanicolaou y pruebas de VPH se pueden utilizar juntos en la detección del cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 29 años. En el año 2006, la FDA aprobó la primera vacuna contra el VPH, mientras que en el año 2009 ya se aprobó una segunda vacuna para niñas y mujeres entre las edades de 10 a 25 años. La vacuna ayuda a prevenir la infección de VPH que pueden producir cáncer de cuello uterino y más lesiones precancerosas; estas vacunas no protegen a personas que ya están infectadas con el VPH. (DMEDICINA. com, 2009)

La razón de que la detección selectiva citológica resulta tan eficaz para la prevención de cáncer cervical es que la mayoría de los cánceres están precedidos por una lesión precancerosa de larga evolución. Las recomendaciones para la frecuencia de detección selectiva mediante la triple toma cérvicovaginal varían, por lo general la primera extensión se debe realizar a los 21 años de edad o en los 3 años siguientes al comienzo de la actividad sexual, y la prueba se repite a partir de entonces cada año.

- Después de los treinta años las mujeres que han tenido tres citologías normales consecutivas pueden ser evaluadas cada 2 o 3 años. Como un complemento de la citología se puede añadir la prueba para determinación del ADN del VPH para la detección selectiva en mujeres con 30 años o más de edad.

- Las mujeres con resultados normales de la citología y prueba de ADN de VPH de alto riesgo pueden ser reevaluadas cada 3 años.
- En las mujeres con resultados normales de la citología y positivos para VPH de alto riesgo se debe repetir la citología vaginal a los 6 – 12 meses. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

Cuando la triple toma es anormal se realiza un examen colposcopico de cérvix y la vagina para definir la extensión de la lesión y elegir las áreas de biopsia. La citología y la exploración clínica de seguimiento debe continuar durante toda la vida, dada la posibilidad de desarrollo posterior de lesiones precancerosas y canceres vaginales, vulvares o cervicales. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

1.2.9 Pronóstico

"Más de 90% de los casos de cáncer de cuello uterino se pueden detectar temprano, mediante las prueba de Papanicolaou y del VPH. En aproximadamente 33% de las mujeres aptas, no se realizan las pruebas de Pap y VPH, lo que produce una tasa de mortalidad más alta de lo previsto". (NCI, 2014)

El pronóstico y la supervivencia de los carcinomas infiltrantes dependen en gran parte del estadio durante el que se descubre le cáncer y hasta cierto punto del tipo celular. Los tumores adenocarcinoma y neuroendocrino de células pequeñas tienen un pronosticó muy desfavorable. (SEOM, 2013)

El estadio clínico como factor pronóstico se complementa con varios hallazgos macroscópicos y microscópicos en las pacientes sometidas a cirugía. En un análisis multifactorial del Gynecologic Oncology Group (COG) "sobre variables pronósticas en 626 pacientes con enfermedad localmente avanzada (principalmente en estadios II, III, y IV), se identificaron las siguientes variables de importancia para determinar intervalos y supervivencia sin avance:

- Estado de los ganglios linfáticos periaórticos y pélvicos.
- Tamaño del tumor.
- Edad de la paciente.
- Estado funcional.
- Enfermedad bilateral.
- Estadio clínico". (NCI, 2014)

Otros factores pronósticos incluyen:

- Estado del virus de inmunodeficiencia humana (VIH): las mujeres con VIH presentan una enfermedad más dinámica y avanzada, y pronóstico más adverso.
- Sobrexpresión de C-myc: en un estudio con pacientes de carcinoma escamoso se encontró que la sobrexpresión del oncogén C- myc se relacionó con un pronóstico malo.
- "ADN del VPH-18: se determinó que el ADN del VPH-18 es un factor pronóstico molecular independiente adverso. En dos estudios, se observaron peores resultados cuando se identificó el VPH-18 en pacientes de cáncer de cuello uterino sometidas a histerectomía radical y linfadenectomía pélvica". (NCI, 2014)

Con los métodos actuales de tratamiento se consigue una supervivencia a los 5 años de al menos un 95% para el carcinoma en estadio IA, alrededor del 80 a 90% para los tumores estadio IB, del 75% para el estadio II, y de menos del 50% para estadios III o más evolucionados. La mayoría de los pacientes en estadio IV fallecen a consecuencia de la extensión local del tumor, en vez de por metástasis a distancia. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

La detección precoz ha reducido el número de pacientes con cáncer de cérvix en estadio IV en más de las dos terceras partes durante los últimos 50 años. La supervivencia a los 5 años en todos los estadios del cáncer de cuello uterino asciende a 71%, sin embargo cuando se detecta en estadio temprano su supervivencia a los 5 años es de un 92%. (Michael, 2013)

La gravedad de los cánceres a menudo se mide en número de muertes. Sin embargo, el número de años de vida perdidos (AVP) puede ser un indicador más adecuado de impacto en la sociedad. Según la Agencia Nacional de Estadística Censo Noruega, los años de vida perdida para el cáncer de cérvix son de 23,7 años. (Brustugun, Moller, & Helland, 2014)

"La edad media al fallecimiento por cáncer de cérvix en España es de 60 años. El 85% de los fallecimientos por cáncer de cérvix se producen en países en vías de desarrollo. Es uno de los principales problemas de salud en estas zonas, mientras que en los países desarrollados, gracias a las campañas de diagnóstico precoz, ha dejado de constituir una seria amenaza". (AECC, 2013)

A pesar de tener demostrado un gran potencial de prevención secundaria, el cáncer de cuello uterino continúa presentando tasas elevadas de mortalidad, y representa un problema de salud pública para la ciudad de Loja.

1.3 Importancia del problema de estudio para la sociedad.

El cáncer es una enfermedad importante, pero no todas las personas que tienen cáncer van a morir por esa enfermedad. Para ellos, el cáncer se convirtió en un problema de salud persistente, vivir con la enfermedad es el mayor desafío que enfrentaron alguna vez en su vida. Según las estadísticas reportadas en el Instituto SOLCA - Loja se ha visto la necesidad de realizar esta presente investigación acerca del cáncer invasivo de cérvix, enfocándose principalmente en la supervivencia global a los 5 años que logran estas pacientes, tomando en cuenta que son patologías de alto impacto social y económico tanto a nivel internacional, nacional y por tanto local.

"Los **años potenciales de vida perdidos (APVP)** es una medida de mortalidad prematura que pondera las muertes en grupos de edad jóvenes. Es otra óptica desde donde mirar el comportamiento de una enfermedad, dando mayor preponderancia a la edad en que muere una persona que al hecho inevitable de la muerte. En los países con buenos indicadores de desarrollo humano se ha conseguido que las muertes se concentren en las edades extremas de la vida, con lo cual los APVP son cada vez más bajos". (Resultados y calidad del sistema sanitario publico de Andalucia , 2012)

"La esperanza de vida sigue aumentando en el mundo y ha llegado a 68 años para los hombres y a 73 años para las mujeres, lo que significa que las personas han ganado una media de seis años de vida desde el año de 1990, según las nuevas estadísticas mundiales de la salud presentada en Ginebra". (ecuadorenvivo.com, 2014)

En el año 2012 "la esperanza de vida en **Ecuador** subió hasta llegar a 76,19 años. En este año la **esperanza de vida de las mujeres** fue de 79,15 años, mayor que la de los hombres que fue de 73,38 años. Ecuador ha ascendido en el listado de los 182 países en los que se publica la Esperanza de vida y ha pasado de ocupar el puesto 54 en el año 2011 al 53 en el 2012. Esto quiere decir que sus habitantes tienen una esperanza media-alta, en lo que respecta al resto de los países". (datosmacro.com, 2012)

Los años de vida perdida en el cáncer de cérvix a nivel mundial son del 23,7%. (Brustugun, Moller, & Helland, 2014).

En el siguiente artículo se determinó que el promedio de años de vida perdidos por cáncer cervicouterino es de 37,4% en México.

En nuestra ciudad, si bien los conocimientos de incidencia de los mismos son limitados, lo son mucho más para los datos de supervivencia de pacientes que padecieron cáncer invasivo de cérvix, por lo que el presente proyecto va a contribuir con datos epidemiológicos actuales para

nuestra provincia y país. La mayoría de los datos epidemiológicos acerca del cáncer de cérvix, se han logrado obtener de fuentes externas a las disponibles en nuestro país, así mismo lo fueron para los datos de supervivencia de los pacientes con este tipo de cáncer, siendo las primordiales fuentes las bases de datos de los Estados Unidos, Globocan y (Abbas, Fausto, & Aster, 2010).

Debido a la falta de datos actualizados a nivel local y nacional acerca de la supervivencia de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix, la presente investigación pretende contribuir con el registro estadístico a nivel local y nacional; y se planteó como problema principal la pregunta: ¿Determinar cuál es la supervivencia global a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix en el Instituto del Cáncer SOLCA – Loja que han sido diagnosticas en los años 2006 y 2007?

1.4 Del alcance de los objetivos y su cumplimiento

En este estudio se propusieron 4 objetivos:

El objetivo principal referente a determinar la supervivencia global en las pacientes con cáncer invasivo de cérvix mediante la revisión de historias clínicas para contribuir con el registro estadístico de datos a nivel local y nacional.

Tres objetivos específicos: caracterizar a las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticadas durante los años 2006 y 2007. Determinar el manejo terapéutico y establecer la supervivencia a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix por etapas clínicas; con los cuales se llevó acabo el estudio, todos estos objetivos se lograron en su totalidad.

1.5 De las facilidades y los limitantes con los que se enfrentó en el desarrollo del trabajo.

Los principales inconvenientes para el desarrollo de la presente investigación es acerca de las tasas de supervivencia de estas pacientes a nivel regional y local, como anteriormente se ha mencionado la mayoría de estos datos fueron obtenidas de fuentes externas a nuestro país Ecuador.

Se decidió realizar este estudio con los pacientes de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador en la ciudad de Loja (SOLCA-Loja); debido a que es una institución especializada y que constituye uno de los principales centros de prevención, diagnóstico, tratamiento y

paliación de cáncer en la República del Ecuador, a éste, acuden pacientes de todo la provincia de Loja y otras partes del Ecuador.

En un inicio se pretendió trabajar con los datos obtenidos del año 2007, sin embargo mediante los criterios de exclusión establecidos la población de estudio no era representativa, por lo cual se procedió a realizar el estudio con las pacientes diagnosticadas de cáncer invasivo de cérvix en el Instituto del cáncer SOLCA-Loja durante los años 2006 y 2007.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Tipo de estudio:

Según el problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, ya que pretende caracterizar, conocer el manejo y la supervivencia global a los 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados en SOLCA Loja durante los años 2006 y 2007

2.2 Universo:

La población o universo del estudio está constituido por las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas de cáncer invasivo de cérvix durante los años 2006 y 2007 en el Instituto de Cáncer SOLCA Loja.

2.3 Muestra:

La muestra está conformada por 44 pacientes diagnosticadas con cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007 en Instituto de Cáncer SOLCA Loja y que además cumplieron los criterios de inclusión.

2.3.1 Criterios de inclusión:

- Las pacientes mayores de 15 años con cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007 en el Instituto del Cáncer Solca Loja.
- Las pacientes con una historia clínica completa, anamnesis, examen físico, exámenes complementarios, diagnóstico y tratamiento.
- Las pacientes que han sido diagnosticados histopatológicamente de cáncer invasivo de cérvix durante los años 2006-2007 en el Instituto del Cáncer Solca Loja.

2.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes diagnosticados con cáncer invasivo de cérvix en otro año.
- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes que no hayan completado tratamiento.
- Pacientes no localizados ni contactados, no se puede determinar su defunción o sobrevida (no hay contactos, datos de epicrisis, ni defunciones en los datos del INEC)
- Pacientes con doble primario.
- Pacientes con diagnostico presuntivo de cáncer invasivo de cérvix.

2.4 Hipótesis:

La supervivencia global a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007 en el Instituto del Cáncer SOLCA-Loja es para la etapa I: 80 – 90%, etapa II: 75%, etapa III y IV menor del 50%. (Abbas, Fausto, & Aster, 2010)

2.5 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Características sociodemográficas de los pacientes	"Son característica de la población que puede ser medida o contada; como su edad, sexo, estado conyugal, color de la piel, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica, que inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen". (Biblioteca UPRH, s.f.)	Edad	15-24 años (f y %) 25-44 años (f y%) 45-64 años (f y%) Mayores de 65 años (f y %)
		Lugar de residencia	Provincia, cantón, urbana, rural (f y %)
		Ocupación	Empleado público (f y %) Empleado privado (f y %) Magisterio (f y %) HH DD (f y %) Docente (f y %) Agricultor (f y %)
		Instrucción	Primaria (f y %) Secundaria (f y %) Superior (f y %) Ninguna (f y %)
		Antecedentes patológicos personales	f y %
Cáncer invasivo de cérvix	"Se desarrolla cuando las células normales del cuello del útero comienzan a cambiar y crecen descontroladamente". (SEOM, 2013)	Tipos de cáncer: Escamoso Adenocarcinoma Mixto Otros	f y %
Estadiaje	"Describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en el tamaño o en la extensión del tumor original y si el cáncer se ha diseminado en el cuerpo o no". (NCI, Instituto Nacional	Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV	f y %

	del Cancer de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU , 2013)		
Manejo Terapéutico	"Conjunto de medios (quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos) que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo". (SEOM, 2013)	Quirúrgico Si/No Quimioterapia Si/No Radioterapia Si/No Cuidados paliativos Si/No	f y %
Supervivencia a los 5 años	"Tiempo de vida desde que un paciente termina el tratamiento y completa a los 5 años". (NCI, 2014)	Vivo Muerto	f y %

2.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Métodos: observación.

Instrumentos: historias clínicas, fichas de observación.

2.7 Procedimiento:

Para el cumplimiento de este proyecto se procederá a seguir los siguientes puntos:

- Se realizó la respectiva revisión bibliográfica sobre los elementos de estudio, consultando datos estadísticos a nivel mundial, nacional y local.
- Se solicitó la respectiva autorización a las autoridades de SOLCA (director y departamento de estadística) e INEC. (Anexo 1) para llevar a cabo el proyecto de investigación.
- Se realizó la recolección de datos en la base de cómputo del Sistema de Gestión Informática del Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo de Loja y se clasifico a las pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Se formuló en una hoja de datos en Microsoft Excel, la ficha de recolección de datos, en la cual se hizo constar todas las variables y se registró la historia clínica de cada paciente.

- Se realizó el levantamiento de la información y se observó cuantas pacientes fueron diagnosticas de cáncer invasivo de cérvix durante los años 2006 y 2007; todo ello para constituir el universo del estudio.
- Se seleccionó la muestra mediante criterios de inclusión.

2.8 Plan de tabulación y análisis:

Será realizada por el investigador principal, basándose en las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer invasivo de cérvix durante los años 2006 y 2007 en Instituto Solca Loja. Se utilizara el programa Microsoft Office Excel 2013, donde se ingresaran los resultados, la elaboración de tablas y gráficos representativos con estadísticas descriptivas en frecuencia y porcentaje.

CAPITULO III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Caracterizar a los pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007.

De la base de datos electrónica del Sistema de Gestión Informática del Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo de Loja, se analizaron 44 pacientes diagnosticadas con cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007 y se procedió a la caracterización de las mismas según edad, lugar de residencia, ocupación, estado civil, convenios, instrucción, antecedentes patológicos personales, inicio de vida sexual activa, compañeros sexuales y número de hijos.

3.1.1 Edad

En cuanto al grupo de edad, de las 44 personas estudiadas, 1 paciente se incluían en el rango de 15-24 años de edad (2%), 13 pacientes en el rango de 25-44 años de edad (30%); 13 pacientes en el rango 45-54 años de edad (30%); 9 pacientes en el rango 55-64 años de edad (20%) y 8 pacientes mayores a los 65 años de edad (18%). A continuación se indica en la tabla e imagen N°1 las frecuencias y el porcentaje según el grupo de edad.

Tabla 1: Frecuencias y porcentajes de las pacientes diagnosticadas de cáncer invasivo de cérvix en el Instituto Solca de Loja en el año 2006 y 2007 según el grupo de edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	1	2%
25-44 años	13	30%
45-54 años	13	30%
55-64 años	9	20%
> 65 años	8	18%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

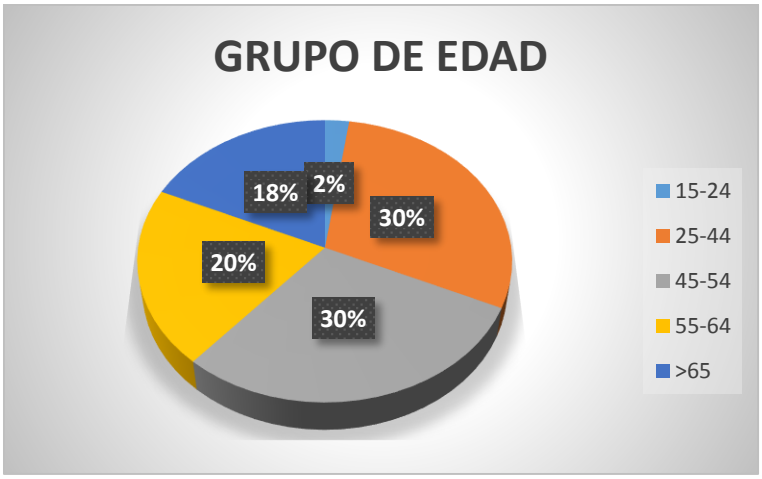


Imagen 1: Pacientes diagnosticadas con càncer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboracion: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.2 Lugar de residencia

En cuanto al lugar de residencia; el 43% de la población de estudio correspondía a habitantes de la ciudad de Loja; recalcando que el 46% de la población se encontró en el resto de cantones de la provincia de Loja y el 11% pertenecían a otras ciudades. A continuación se detallan las frecuencias y porcentajes en la Tabla N° 2.

Tabla 2: Frecuencia y porcentaje del lugar de residencia de las pacientes diagnosticadas con cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007.

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Provincia Loja	20	46%
Cantón Loja	19	43%
Otros	5	11%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

De las 44 personas que constituyeron el grupo de estudio, un 43% correspondían a personas procedentes de zonas rurales y el 57% a zonas urbanas. El porcentaje de las mismas se demuestra en la imagen N°2.

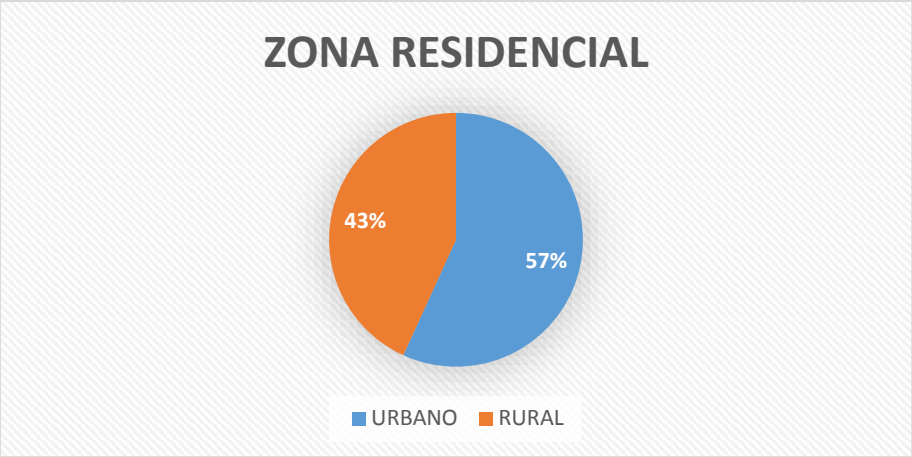


Imagen 2: lugar de residencia de los pacientes diagnosticados con càncer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.3 Ocupación

En cuanto a la ocupación de las pacientes, las más frecuentes están relacionadas con los Haceres Domésticos y empleada pública. En la tabla N° 3 se detallan las frecuencias y en la imagen N° 3 se detalla una representación gráfica.

Tabla 3: Frecuencia y porcentaje de ocupación de las pacientes diagnosticados con cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
QQDD	21	48%
Empleada publica	9	20%
Agricultura	4	9%
Empleada privada	4	9%
Otros	6	14%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

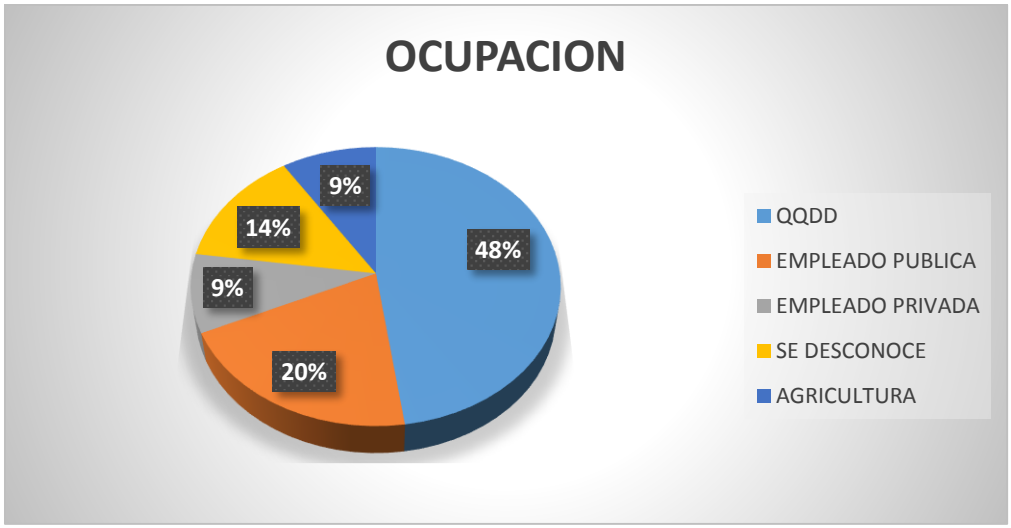


Imagen 3: Ocupacion de los pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.4 Estado civil

En cuanto al estado civil, como podemos observar en la tabla Nº 4, el 61% estaban casadas; 9% personas solteras; 5% personas divorciadas, 18% personas viudas, 3% persona en unión libre y un 5% de las pacientes se desconoce. A continuación se detalla en la imagen N° 4.

Tabla 4: Estado civil de las pacientes diagnosticadas con cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	27	61%
Viuda	8	18%
Soltera	4	9%
Divorciada	2	5%
Unión libre	1	2%
Se desconoce	2	5%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: El Autor

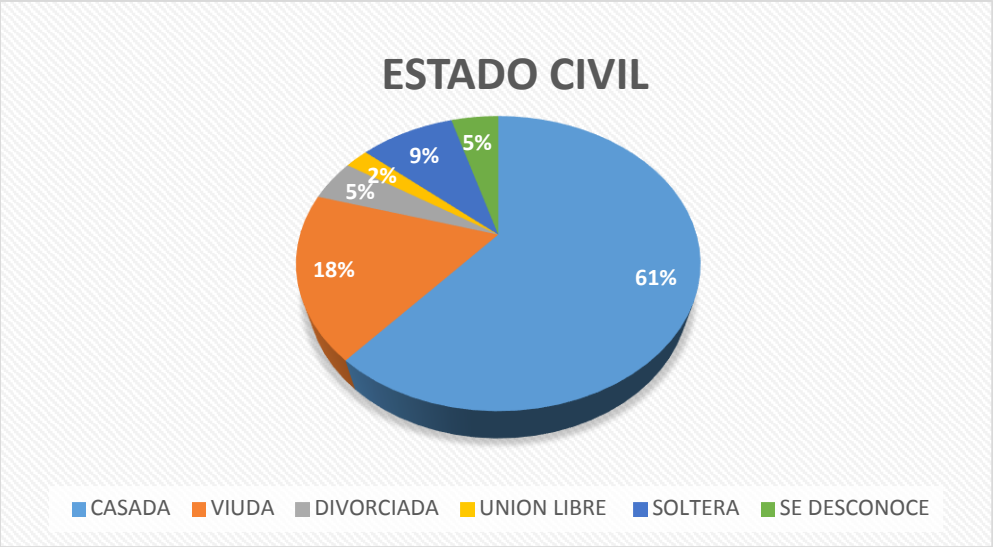


Imagen 4: Estado civil de las pacientes diagnosticadas con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboracion: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.5 Convenios

Del total de las 44 pacientes analizadas, el 89% presentan el convenio al IESS, 7% convenio al ISSFA, 2% al MSP y 2% al Patronato Loja. Se detalla en la imagen Nº 5.

Tabla 5: Convenios que poseen las pacientes diagnosticados con cáncer de cérvix en el Instituto Solca de Loja en los años 2006 y 2007.

Convenio	Frecuencia	Porcentaje
IESS	39	89%
ISSFA	3	7%
Patronato Loja	1	2%
MSP	1	2%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja. (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

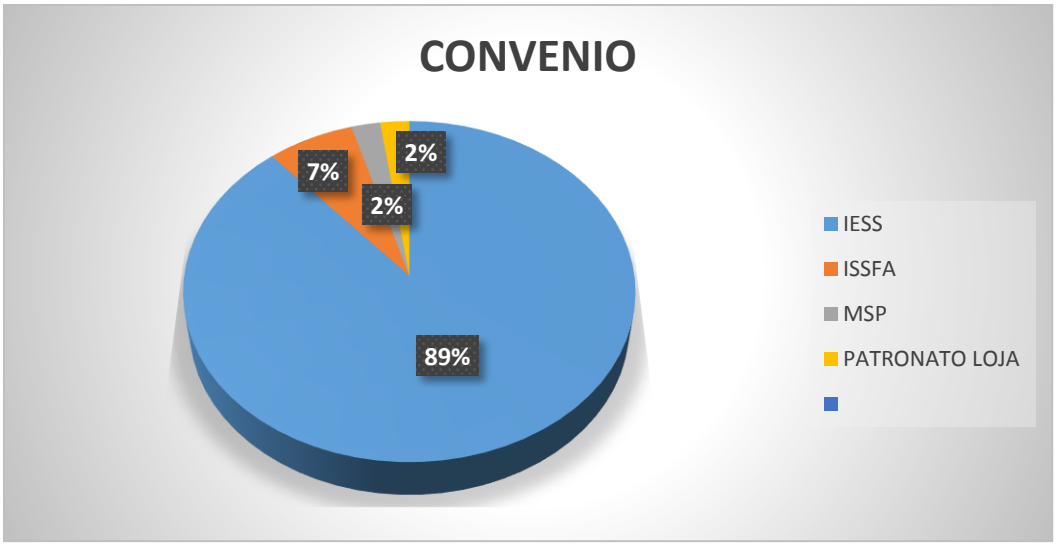


Imagen 5: convenio que presentan las pacientes con cancer invasivo de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboracion: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.6 Instrucción

En cuanto al nivel de instrucción, de las 44 personas estudiadas; el 48% correspondieron al nivel de instrucción primaria, 20% al nivel de instrucción secundaria, 11.5% al nivel superior, 4.5% no tenían ningún tipo de instrucción y en el 16% se desconoce; tal cual como podemos observar en la tabla N° 6, y su respectivo porcentaje en la Imagen N° 6.

Tabla 6: Frecuencia del nivel de instrucción.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	11	25%
Primaria incompleta	10	23%
Secundaria completa	5	11%
Secundaria incompleta	4	9%
Superior completa	3	7%
Superior incompleta	2	4.5%
Ninguna	2	4.5%
Se desconoce	7	16%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

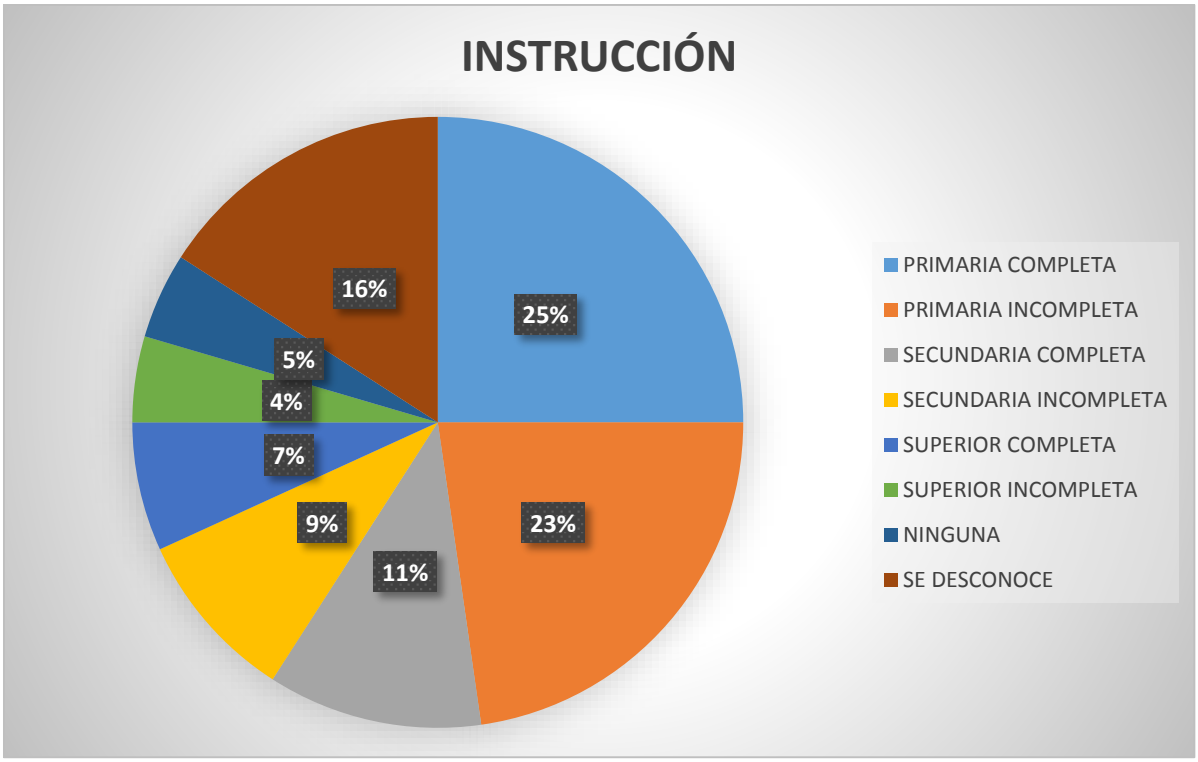


Imagen 6: Instruccion de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboracion: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

Relación entre la etapa del cáncer de cérvix y la instrucción.

Etapa	Primaria	Secundaria	Superior	No refiere	Ninguna
I	3	1	2		
II	4	3	1	1	
III	10	1	1	3	2
IV	3	2	1	3	
O	1	2			
Total	21	9	5	7	2

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboracion: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.7 Antecedentes patológicos personales

En cuanto a los antecedentes personales de la población del estudio, los más frecuentes correspondieron a ninguno y otros, seguido por los antecedentes ginecológicos, y los quirúrgicos. En la tabla N° 7 se detallan las frecuencias de cada patología, mientras que en la imagen N° 7 podremos observar una representación gráfica de las mismas.

Tabla 7: Frecuencia de los antecedentes patológicos personales de las pacientes diagnosticadas de cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007.

Antecedentes Patológicos Personales	Frecuencia	Porcentaje 5
Ninguno	19	31%
Ginecológicos	9	15%
Quirúrgicos	8	13%
Renal	5	9%
Metabólico	4	8
Cardiovascular	3	7%
Respiratorio	2	3%
Dermatológico	2	3%
Digestivo	1	2%
Otros	5	9%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja. (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

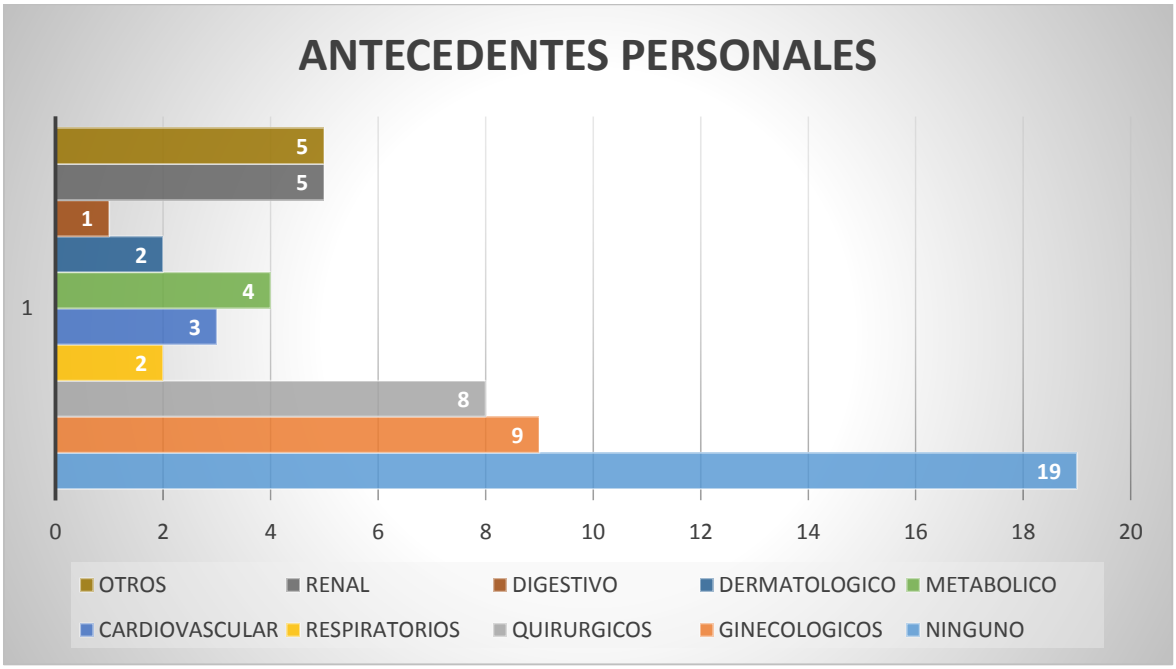


Imagen 7: Antecentes patologicos personales de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.8 Inicio de vida sexual activa

En cuanto a la edad de IVSA de la población del estudio, los más frecuentes correspondieron a la edad entre 14 a 19 años (41%), seguido de las pacientes en quienes se desconoce (34%), y en menor proporción entre 20 y 24 años de edad (23%). En la tabla N° 8 se detallan las frecuencias de IVSA, mientras que en la imagen N° 8 podremos observar una representación gráfica de las mismas

Tabla 8: Inicio de vida sexual activa de las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix en los años 2006 y 2007

IVSA	Frecuencia	Porcentaje
14-19 años	18	41%
20-24 años	10	23%
25-27 años	1	2%
Se desconoce	15	34%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

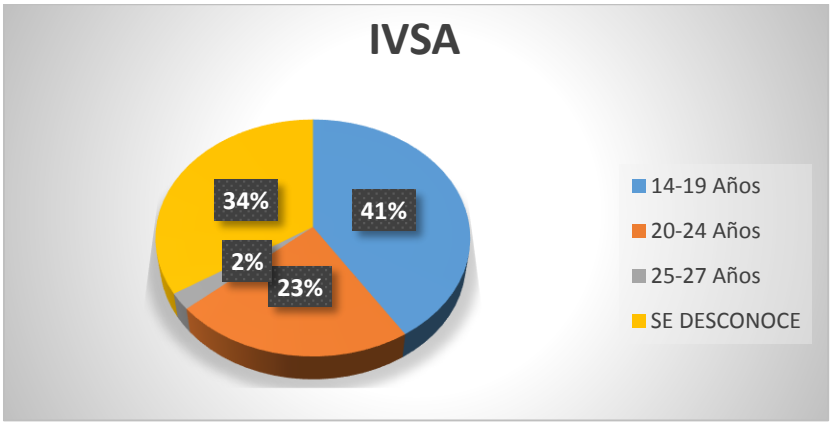


Imagen 8: Inicio de vida sexual activa de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.9 Número de parejas

En cuanto al número de parejas de la población de estudio, se desconocen en un 71%, seguido de aquellas que tienen una sola pareja 18%. En la tabla N° 9 se detallan las frecuencias y porcentajes de número de parejas, mientras que en la imagen N° 9 podemos observar una representación gráfica de las mismas.

Tabla 9: Frecuencia y porcentaje de acuerdo al número de pareja.

Parejas	Frecuencia	Porcentaje
1	8	18%
2	3	7%
3	1	2%
4	1	2%
Se desconoce	31	71%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

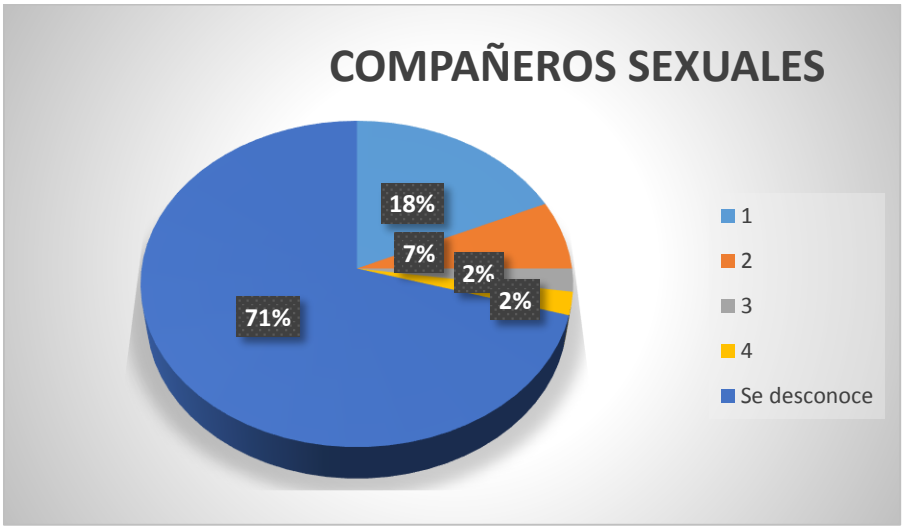


Imagen 9: Numero de parejas de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.10 Número de hijos

En cuanto al número de hijos de la población de estudio, las más frecuentes corresponden entre 5 a 7 hijos (32%) y mayor de 7 hijos (30%). En la tabla N° 10 se detallan las frecuencias y porcentajes de número de hijos, mientras que en la imagen N° 10 podremos observar una representación gráfica de las mismas.

Tabla 10: Frecuencia y porcentaje de acuerdo al número de hijos

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
< 2 hijos	2	4%
2-4 hijos	10	23%
5-7 hijos	14	32%
>7 hijos	13	30%
No refieren	5	11%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

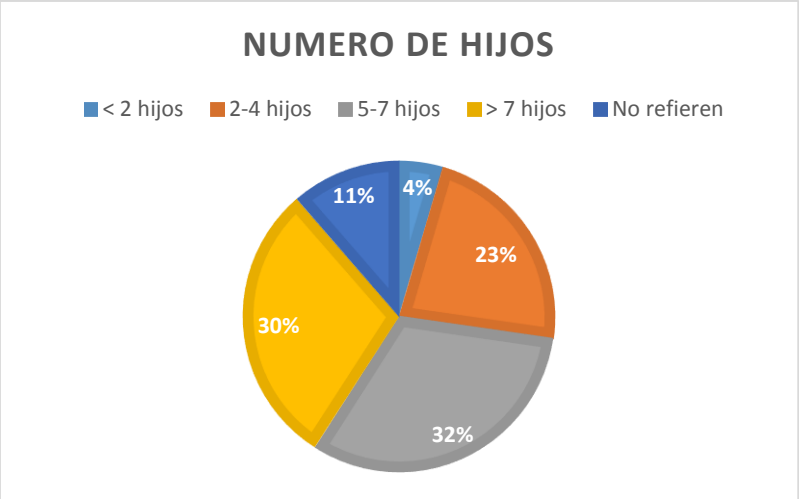


Imagen 10: Numero de hijos de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.11 Examen de pap – test

En cuanto al examen de pap test realizado por las pacientes, se encuentra en un mayor porcentaje en aquellas que nunca se han realizado 52%, al año de diagnóstico un 16%, hace 2- 3 años 18%; y hace varios años 14%. Se detalla en la tabla Nº 11 y una representación gráfica en la imagen Nº 11.

Tabla Nº11: Frecuencia y porcentaje de los Pap- test realizados por las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix en los años 2006 y 2007.

Pap - test	Frecuencia	Porcentaje
Nunca se han realizado	23	52%
En el año de diagnostico	7	16%
Hace 2-3 años	8	18%
Hace varios años	6	14%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

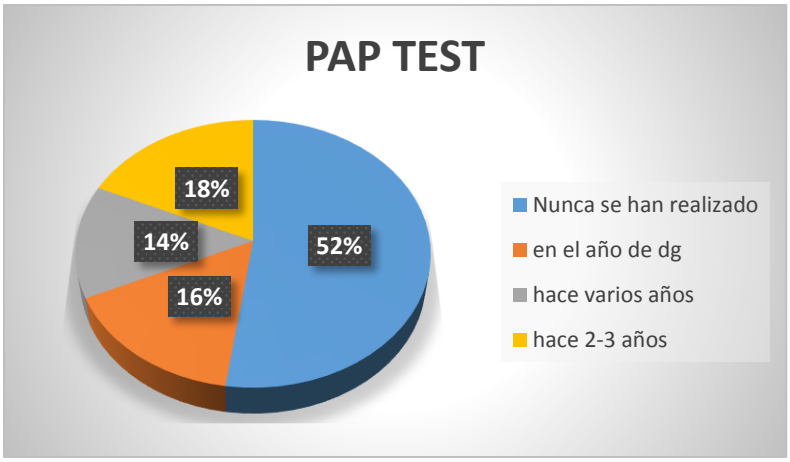


Imagen 11: Numero de pap – test de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.12 HPV reportado en biopsia

Del total de las 44 pacientes, solo en 9 de ellas se reportó el HPV en la biopsia equivalente a un 20,45%. La frecuencia y porcentaje se indican en la imagen Nº 12.

HPV reportado en biopsia	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	20,45 %
NO	35	79,55 %
Total	44	100 %

Imagen 12: HPV reportado en la biopsia de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.2 Determinar el manejo terapéutico de pacientes con cáncer invasivo de cérvix.

El tratamiento de los pacientes, se los ha dividido en aquellos quienes han recibido tratamiento curativo 77% o paliativo 23%.Este último realizado para control del dolor, control del sangrado o para disminuir signos de obstrucción. Ver imagen N° 13.

Tabla 13: Frecuencia y porcentaje con respecto al manejo terapeutico de las pacientes diagnosticadas con cancer de cervix en el los años 2006 y 2007.

Manejo	Frecuencia	Porcentaje
Curativo	34	77%
Paliativo	10	23%
Total	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

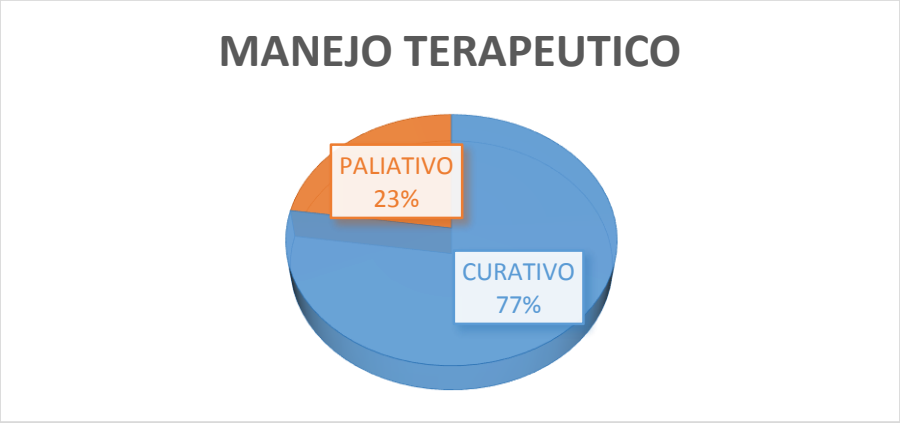


Imagen 13: Manejo terapeutico de las pacientes diagnosticadas de cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.3 Establecer la supervivencia a 5 años de los pacientes con cáncer invasivo de cérvix por etapas clínicas

Para logar el objetivo N° 3 fue importante determinar cuántos casos fueron diagnosticados en el año 2006 y en el año 2007, el tipo de cáncer sufrido, en qué etapa se les diagnóstico, y si la causa de muerte estaba relacionada con el cáncer invasivo de cérvix que sufría o a una causa ajena.

3.3.1 Diagnósticos por año.

Se trabajó con una población de 44 personas, de las cuales 18 personas fueron diagnosticadas durante el año 2006 y 26 personas durante el año 2007, la equivalencia en porcentajes se detalla en la imagen N°14

Tabla 14: Frecuencia de acuerdo a los casos diagnosticados por año.

Año en que fue diagnosticado	Frecuencia
Año 2006	18
Año 2007	26
Total	44

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

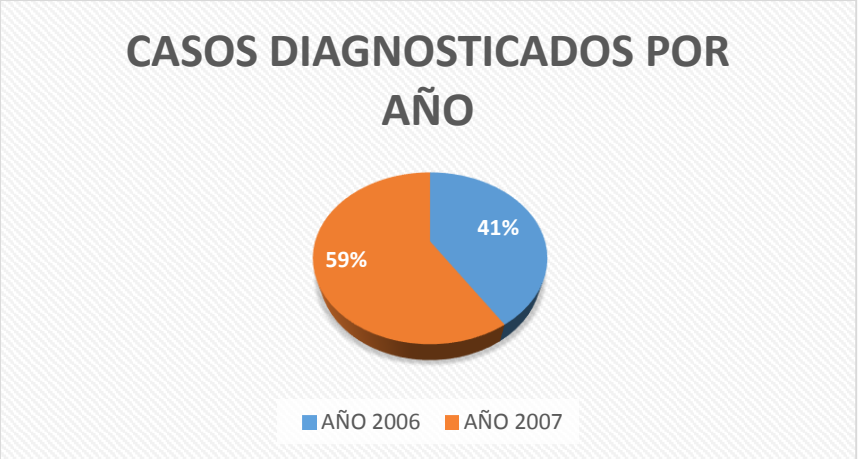


Imagen Nº14: casos de cancer de cervix diagnosticados por año.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.3.2 Tipo de cáncer de cérvix

De las 44 pacientes que constituyeron la muestra, 5 pacientes correspondían al diagnóstico de cáncer de cérvix in situ; y 39 pacientes con cáncer de cérvix invasivo. Dentro del cáncer invasivo: 18% pacientes pertenecían al cáncer de cérvix tipo adenocarcinoma, 61% pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix tipo escamoso y 10% pacientes con cáncer de cérvix con otros tipos histológicos; las frecuencias y porcentajes podemos observarlas en la Tabla N° 15.

Tabla 15: Frecuencia y porcentaje de acuerdo al tipo de cáncer invasivo de cérvix en las pacientes diagnosticadas en los años 2006 y 2007.

Tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
In situ	5	11%
Invasivo	39	89%
Total	44	100%

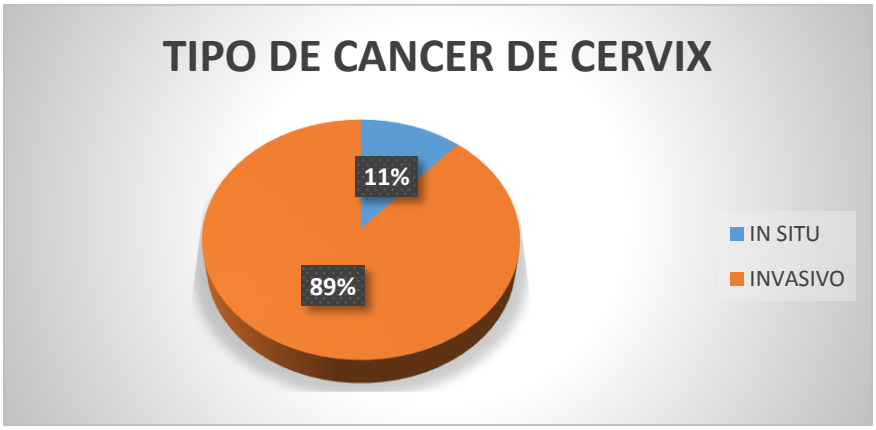
Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

Tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
In situ (5)		
LIE de alto grado (NIC III)	5	11%
Invasivo (39)		
Adenocarcinoma	8	18%
Escamoso	27	61%
Mixto	2	5%
Otros	2	5%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja. (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe



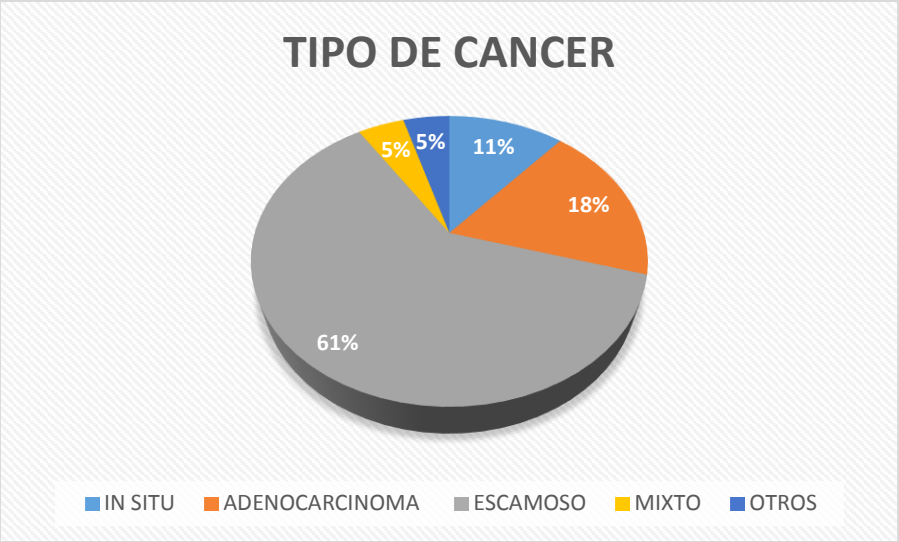


Imagen 15: Tipo de cancer de cervix en las pacientes diagnosticados en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.3 Estadiaje

De las 44 pacientes que constituyeron el estudio, el 11% correspondían al estadio 0, 11% etapa tipo I, 21% a la etapa II, 36% a la etapa III y 21% etapa IV. Las frecuencias y porcentajes podemos observarlas en la Tabla N° 16 mientras que en la imagen N° 16 observaremos una representación en porcentajes de las mismas

Tabla 16: Frecuencia y porcentaje con respecto al estadiaje de las pacientes diagnosticadas de cáncer invasivo de cérvix en los años 2006 y 2007.

Estadiaje	Frecuencia	Porcentaje
O	5	11%
I	5	11%
II	9	21%
III	16	36%
IV	9	21%
TOTAL	44	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos).

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

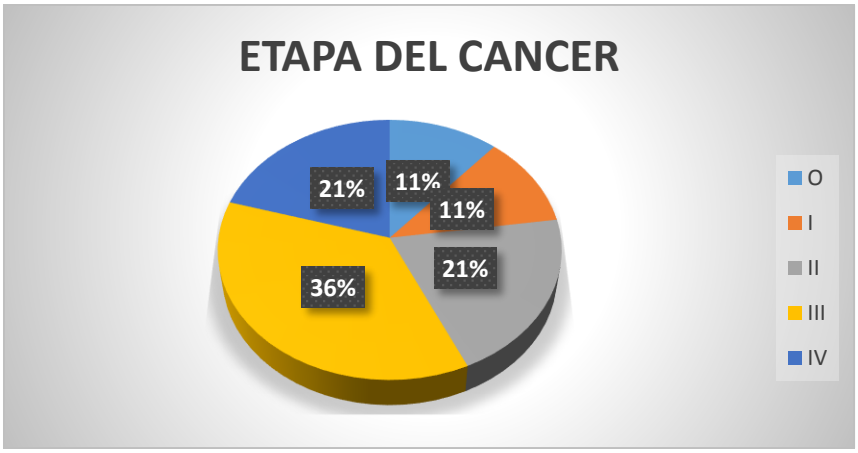


Imagen 16: Etapa del cancer de las pacientes diagnosticados con cancer de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.4 Causa de la muerte

Del total de las 44 pacientes estudiadas, 22 de ellas fallecieron. En el 55% se desconoce su causa o no refieren en su historial clinico, un 18% de los casos se dio recidiva del cancer local e igualmente un 18% por metastasis. A continuacion e detalla en la tabla e imagen Nº 17.

Tabla Nº17: Frecuencia de la causa de muerte

Causa de la muerte	Frecuencia	Porcentaje
Recidiva del cancer local	4	18%
Metastasis	4	18%
Otras causas	2	9%
Se desconoce	12	55%
Total	22	100%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

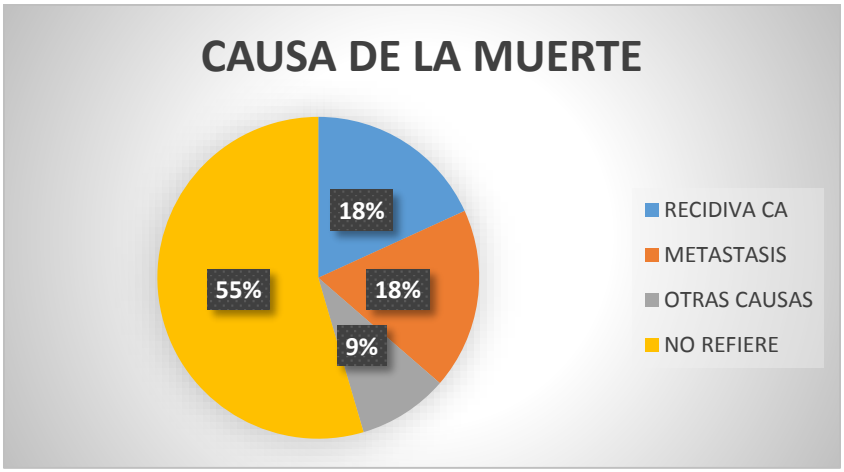


Imagen 17: porcentaje de causa de la muerte en las pacientes diagnosticas de cancer invasivo de cervix en los años 2006 y 2007.

Fuente: Ficha de observacion de datos.

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.1.5 Supervivencia

La supervivencia global a 5 años según la etapa del cáncer de cérvix, fue la siguiente:

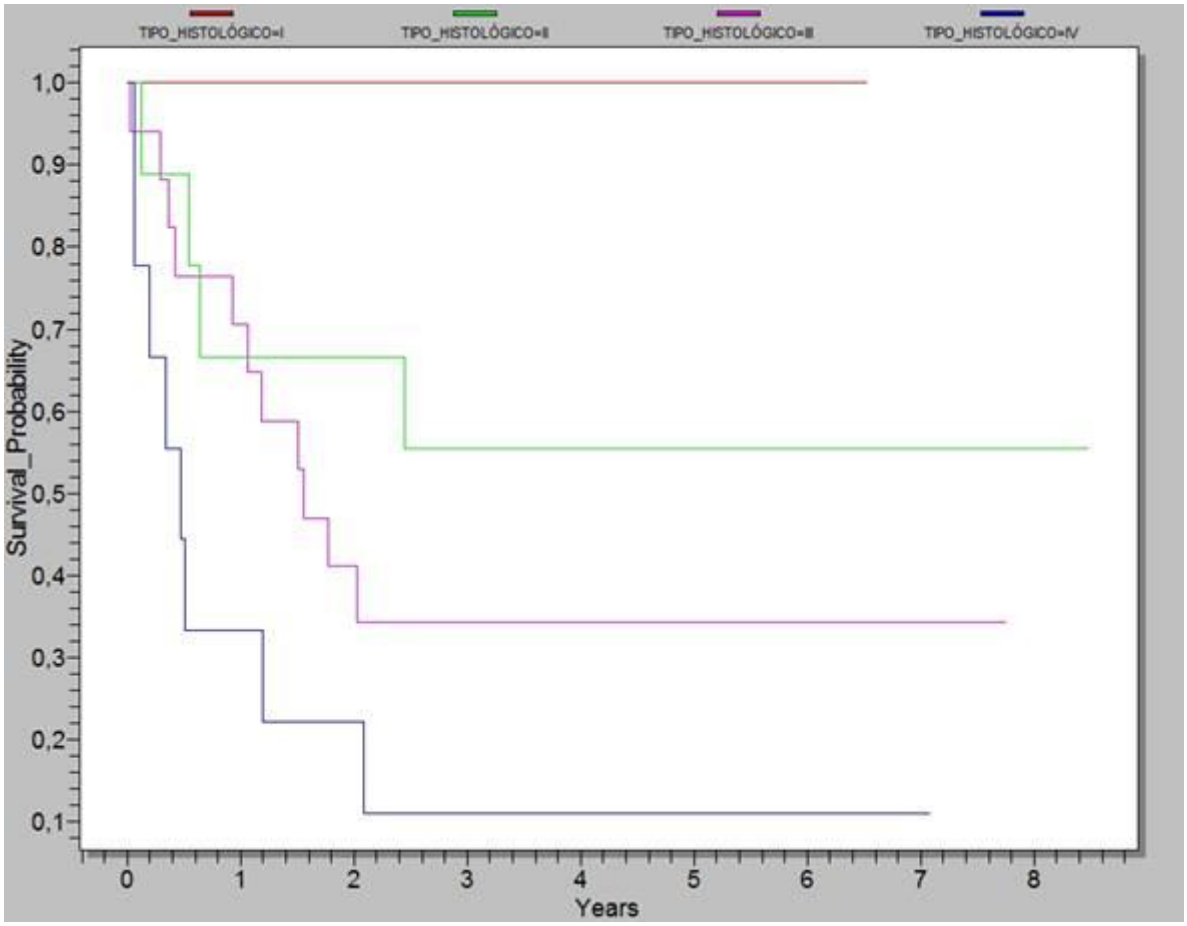
La representación gráfica la podemos observar en la imagen N° 18

Tabla 18: Supervivencia de las pacientes que cumplen su tratamiento a los 5 años.

Etapa del cáncer	Sobrevida
O	100%
I	100%
II	56%
III	34%
IV	11%

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe



Test	Statistic	D.F.	P-Value
Log-Rank	5,6221	4	0,2292
Wilcoxon	5,7903	4	0,2154

Imagen 18: sobrevida global por etapas.

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

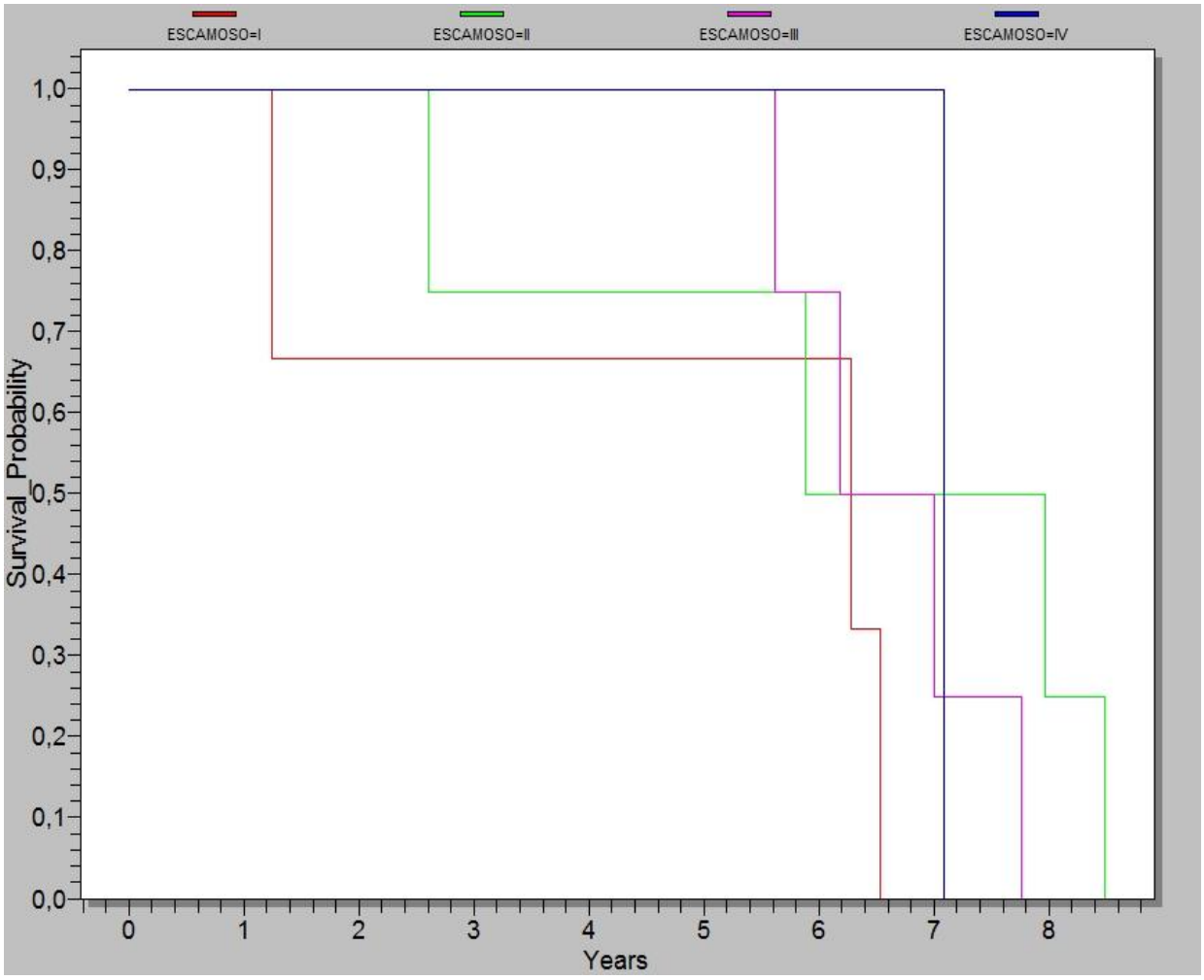
Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

Tabla Nº 19: Supervivencia de acuerdo al tipo histológico y etapa clínica:

Etapa clínica	Frecuencia				
	Escamoso	Adenocarcinoma	Mixto	Otros	In situ
Etapa O					5
Etapa I	3	2			
Etapa II	5	3		1	
Etapa III	12	2	2		
Etapa IV	7	1		1	
Total	27	8	2	2	5

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

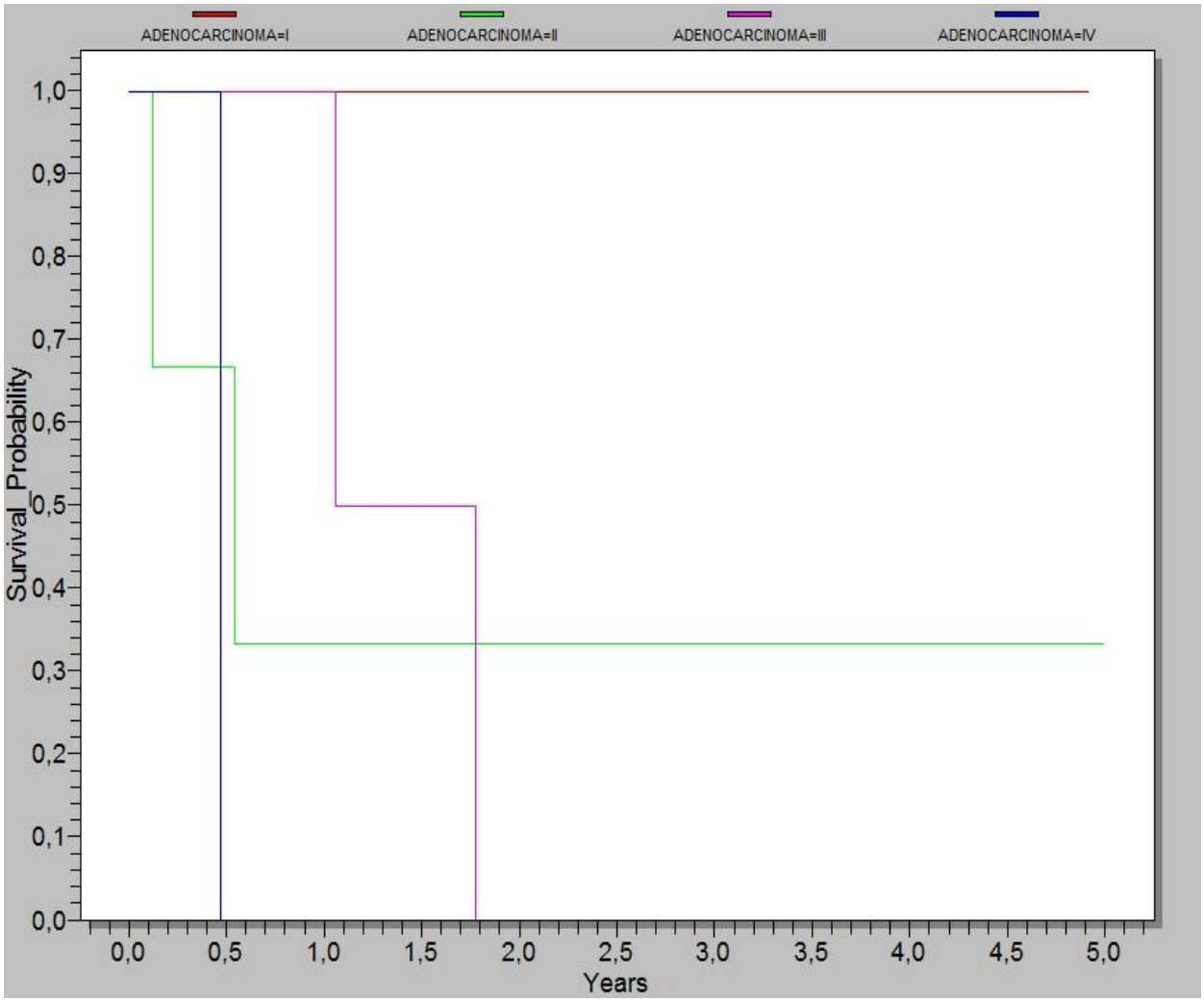


Test	Statistic	D.F.	P-Value
Log-Rank	11,5519	3	0,0091
Wilcoxon	12,0317	3	0,0073

Imagen 19: supervivencia del cáncer de cérvix tipo escamoso

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe



Test	Statistic	D.F.	P-Value
Log-Rank	4,5215	3	0,2104
Wilcoxon	4,0202	3	0,2593

Imagen 20: Supervivencia del cáncer de cérvix tipo adenocarcinoma

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja. (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

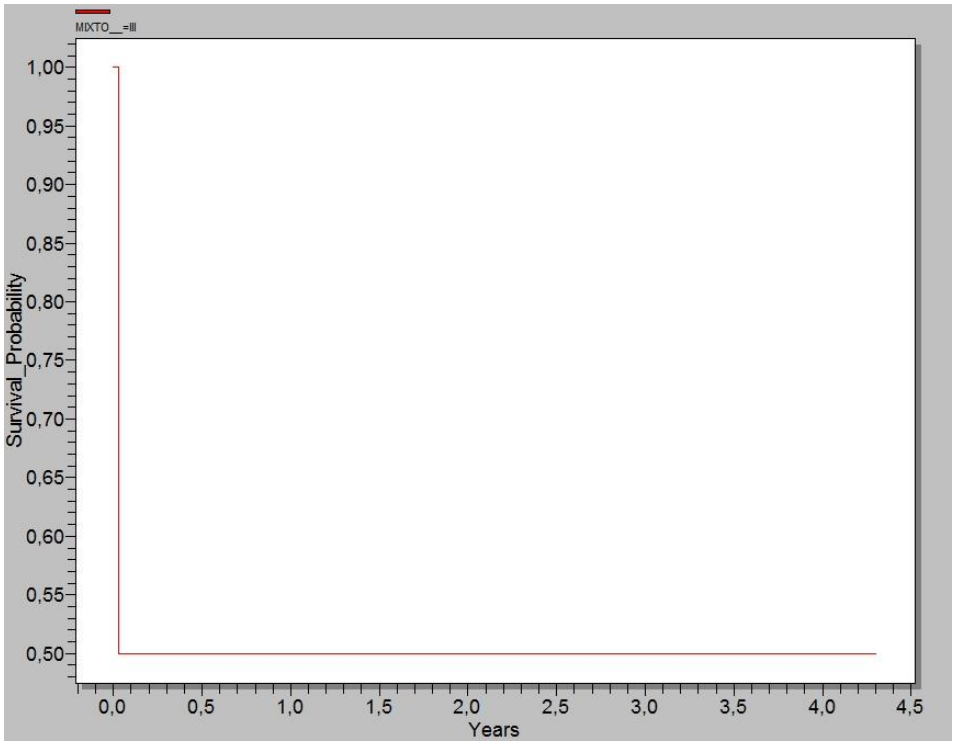
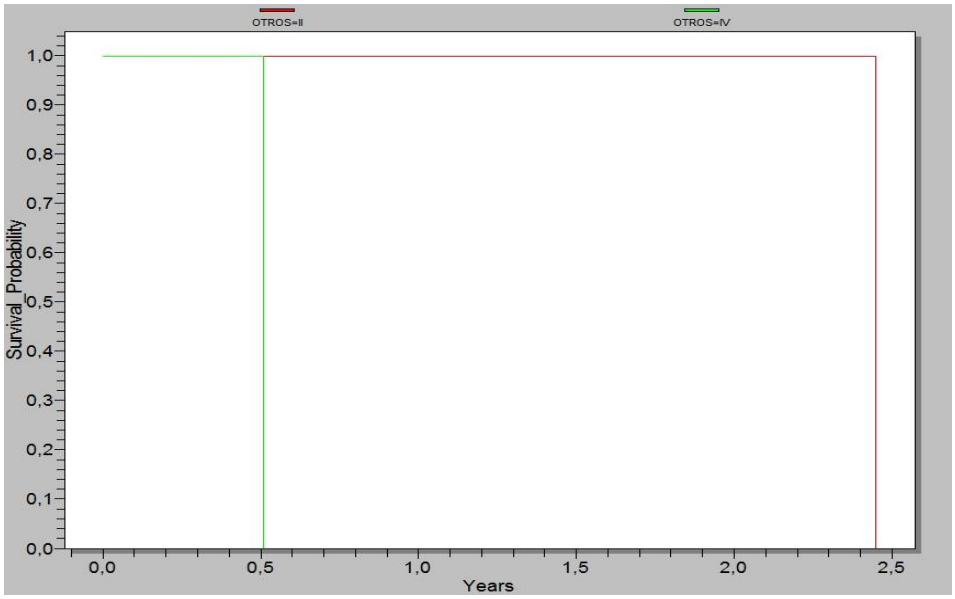


Imagen 21: Supervivencia del cáncer de cérvix tipo mixto

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe



Test	Statistic	D.F.	P-Value
Log-Rank	**1,0**	**1**	**0,3173**
Wilcoxon	**1,0**	**1**	**0,3173**

Imagen 22: Supervivencia del cáncer de cérvix tipo otros.

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.4 Determinar la supervivencia global en los pacientes con cáncer invasivo de cérvix mediante revisión de historias clínicas.

La supervivencia global a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix fueron las siguientes, ver imagen N° 23:

Para el cáncer de cérvix in situ: 100%

Para el cáncer de cérvix tipo escamoso: 45%

Para el cáncer de cérvix tipo adenocarcinoma: 38%

Para el cáncer de cérvix tipo mixto u otros: 20%

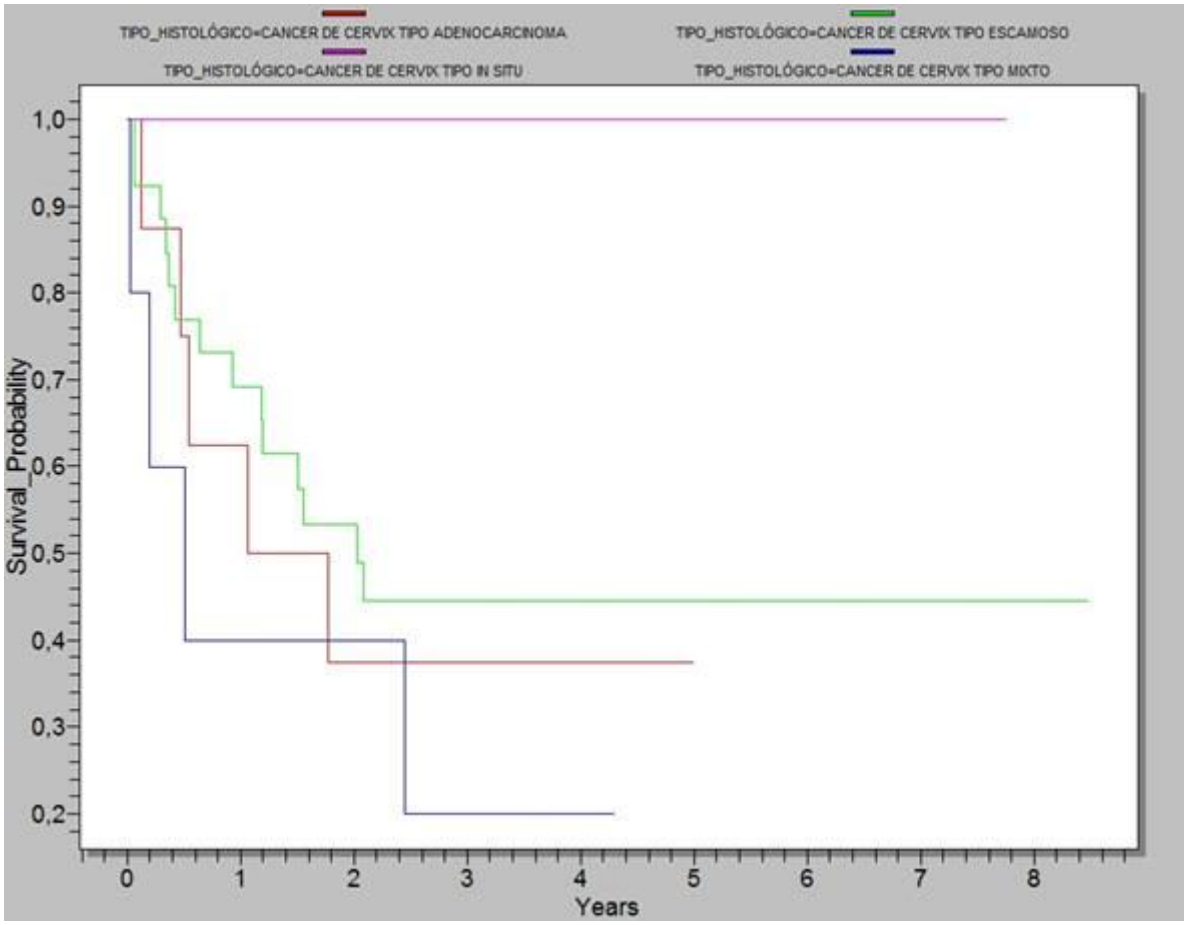


Imagen N° 23. Supervivencia de las pacientes diagnosticadas con cáncer invasivo de cérvix

Fuente: base de datos del Sistema de Gestión Informática de Solca Loja**.** (Ficha de recolección de datos)

Elaboración: Alba Verónica Pullaguari Quizhpe

3.5 Discusión

Está presente investigación tuvo como propósito determinar la supervivencia global en las pacientes con cáncer invasivo de cérvix mediante revisión de las historias clínicas. Sobre todo se pretendió caracterizar a las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticadas durante los años 2006 y 2007; determinar el manejo terapéutico de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix y establecer la supervivencia a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix por etapas clínicas.

A continuación, se estará discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

"El cáncer de cérvix es una enfermedad de inequidades que afecta desproporcionadamente a las mujeres de países en vías de desarrollo" (Garcia Castro, 2010).

3.5.1 Caracterizar a las pacientes con cáncer invasivo de cérvix diagnosticadas durante los años 2006 y 2007.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que la mayor incidencia de cáncer invasivo de cérvix comprende las edades entre 25-54 años (60%), con un mínimo y máximo entre los 15 y mayor a 65 años.

Según el XI curso de experto universitario en epidemiología y nuevas tecnologías aplicadas mencionan que el cáncer de cérvix aparece en mayor medida en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. (Garcia Castro, 2010).

Si comparamos dichos resultados, podemos ver que los resultados obtenidos están entre los límites de otros estudios realizados con un mínimo y máximo de edad entre 15-74 años (Noreña & Tamayo, 2010)

"Durante los últimos años la tasa de incidencia y mortalidad ha ido en descenso en la mayor parte de los países desarrollados, gracias a la aplicación de programas de prevención; a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados. Esta patología ocupa los primeros lugares entre los cánceres ginecológicos en países en vías de desarrollo y en zonas con niveles socio culturales bajos" (Garcia Castro, 2010).

Por otro lado la mayor parte de la población de estudio reside en la provincia como en el cantón Loja, con un total de 39 pacientes equivalente al 89% de la muestra.

Se considera que el lugar de nacimiento y residencia es muy importante para el conocimiento epidemiológico de las enfermedades, lo que llama la atención que existe igual de pacientes tanto de la provincia como de los cantones, teniendo en cuenta que en la ciudad los accesos al servicio de salud son mayor que en los cantones.

Por otro lado, la ocupación con mayor porcentaje de las pacientes es que se dedican a los Haceres de la casa, en un 48%. “Las consideraciones de género son particularmente importantes, ya que la situación socio cultural y económico de las mujeres, sus creencias religiosas y su grado de instrucción influyen en su acceso a la información, en la demanda y la utilización de servicios del cáncer cervicouterino”. (Garcia Castro, 2010)

Según (Hernandez Alarcon, Ronald, 2010), y la American Cancer Society, el grado de cultura e información que posean determinadas pacientes hace que aquellas no acudan en forma oportuna o por creencia religiosas o idiosincráticas a realizarse un control rutinario ginecológico. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección, ni reciban tratamiento para pre canceres de cuello uterino.

Por otro lado el estado civil más frecuente de las pacientes es casada en un 61%. Según el presente estudio realizado en Medellín, el 59,7% de la población eran casadas. (Noreña & Tamayo, 2010)

Por otro lado toda la población del estudio presentó convenios a ciertas instituciones y opto por el tratamiento planteado, entre ellos tenemos IESS, MSP, ISSFA. “Tener seguro de atención médica hace más probable que las mujeres se adhieran al seguimiento recomendado después de un Pap anormal”. (Instituto Nacional de la Salud, 2013)

Un dato muy importante de la investigación es en cuanto al nivel de instrucción, donde existió mayor frecuencia y porcentaje en el nivel primaria con 21 pacientes (48%). El nivel educativo es una barrera para el acceso al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino. Las mujeres más educadas tienen más oportunidad de realizarse un Pap y tener mejor adherencia al seguimiento después de un Pap anormal. El acceso a los servicios de salud puede estar limitado por factores como la ruralidad, o mujeres con bajos niveles de alfabetización referida a temas de salud. (Instituto Nacional de la Salud, 2013)

Uno de los hallazgos más importantes de la investigación es en cuanto al inicio de vida sexual activa, donde existió una mayor frecuencia entre las edades 14-19 años (41%), seguido entre los 20-24 años (23%).

Según el perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino, se determinó que la más alta frecuencia de la edad de inicio de relaciones sexuales es entre los 16 y 26 años siendo

estas las edades extremas en este estudio. Según Hernández Ronald “el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas aumenta el riesgo de cáncer invasor de cuello uterino, considerándose factor determinante de las elevadas tasas de incidencia de cáncer cervico uterino observadas en países en vías de desarrollo. Durante la adolescencia se produce la migración de la unión escamo columna hacia el endocérvix, mediante un proceso de metaplasia epitelial; en este proceso, el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado” (Hernandez Alarcon, Ronald, 2010) y da origen a la zona de transformación, donde se localiza la mayor parte de las neoplasias de cuello uterino. Se ha sugerido que el cuello de las adolescentes es particularmente susceptible a los agentes carcinogénicos relacionados con el coito, y el HPV es un factor importante.

“En cuanto a la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, se precisó que en el grupo de estudio el mayor por ciento lo alcanzaron las menores de 16 años (83.6%). Algunos autores reportan que el riesgo es 8 veces mayor en el grupo de 14 a 15 años y en sentido general en la adolescencia. En Cuba existe un predominio de NIC en mujeres con antecedentes de haber iniciado relaciones sexuales tempranas. El período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de la adolescente es el momento más crítico para el riesgo potencial de transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical. Se ha demostrado que en ese período las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticos cerca de la unión escamosocolumnar. Por lo tanto, las mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarán una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásicas y activar la transformación de las células” (Cartaya, Hernandez, Gonzales, & Alvarez, 2010).

Del análisis de los resultados de este estudio se determinó que en la mayoría de la población de estudio se desconoce el número de compañeros sexuales en un 71%, lo que nos platea la necesidad de realizar una buena historia clínica, para que aporte a la investigación realizada.

Las mujeres con múltiples parejas sexuales o que tienen relaciones con hombres que han tenido muchas parejas sexuales, tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical ya que están más propensas a la infección con el HPV. (Noreña & Tamayo, 2010)

Por otro lado, la mayor parte de la población presenta haber tenido más de 5 hijos en un 62%. Según la American Cancer Society “las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cérvix. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al HPV. Algunos estudios indican que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres

sean más susceptibles a infección con el HPV o crecimiento tumoral" (American Cancer Society, 2014). "Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cérvix posteriormente en la vida, que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después". (American Cancer Society, 2010)

Un hallazgo importante es en cuanto al número de Pap test realizado por las pacientes, en las cuales se determinó que un 56% de ellas refirieron que nunca se han realizado este examen, el 18% se lo ha realizado hace 24 a 36 meses, un 14% hace varios años y solo un 16% de ellas se realizaron en el año de su diagnóstico. Según el estudio realizado en Medellín, "de las mujeres encuestadas, el 22,9% acudía por primera vez a la citología, el 60% se había realizado entre los 12 y 24 meses anteriores, y el resto llevaba más de 24 meses sin realizarse el examen". (Noreña & Tamayo, 2010).

En nuestro estudio solo el 20,45% de las pacientes reportaron el HPV en la biopsia, pero este resultado no nos descarta la posibilidad de que el resto de las pacientes presentaron la infección del HPV en algún momento de su vida.

Las técnicas que permiten el diagnóstico del **HPV** buscando en su ADN son técnicas muy sensibles equivalente al 100% a diferencia del Papanicolaou que muchas veces da negativo estando el virus presente, a lo que se denomina falso negativo. Las técnicas más utilizadas son la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) y la Captura Híbrida que realizadas junto con la Colposcopía y el Papanicolaou permiten un diagnóstico certero y específico para el Virus del Papiloma Humano (HPV) en la mujer. Las técnicas de ADN son utilizadas actualmente como una herramienta fundamental para hacer el diagnóstico temprano de HPV y por otro lado nos permite saber si podemos aplicar la vacuna que previene contra los HPV 6, 11, 16 y 18. (SEMAR MEDICA)

"La PCR es una técnica de certeza que en el cuello del útero nos permite saber si usted tiene o no tiene el HPV con un 100% de seguridad si la muestra es bien tomada, posee una sensibilidad del 99%, es decir, que no existen falsos negativos y es un estudio totalmente indoloro". (Gutman, Raul, 2013). "También nos permite el diagnóstico en otros lugares del cuerpo como ser vagina, vulva, ano, pene y cualquier mucosa o piel con sospecha de infección viral. Esta es la técnica preferida ya que nos permite diagnosticar la presencia o ausencia de todos los HPV existentes. Con esta técnica además obtenemos el número de HPV que está infectando y esto nos permite predecir indirectamente el pronóstico de la lesión ya que existen virus tumorales más agresivos que otros como lo son el 16 y 18". (HPV Medical Center, 2015)

“La captura híbrida es una técnica que se ha puesto muy de moda en Estados Unidos y nos informa sobre la presencia de los 20 subtipos virales más comunes que se encuentran en el aparato genital femenino y los clasifica en virus no tumorales o de bajo riesgo llamados del grupo 1 y tumorales o de alto riesgo llamados del grupo 2. (HPV Medical Center, 2015)

La desventaja de esta técnica con respecto a la PCR es que no identifica el número viral sino que informa solamente la presencia o ausencia de virus tumorales y no tumorales. Además no tiene en cuenta otros 80 subtipos virales menos frecuentes dentro de los cuales existen también virus tumorales. Si esta técnica nos da positiva para los virus tumorales es importante realizar posteriormente una PCR para saber exactamente cuál es el virus que lo está infectando”. (HPV Medical Center, 2015)

La Colposcopia es una herramienta de gran importancia que debe ser usada junto con las técnicas de ADN (PCR o Captura Híbrida) y el Papanicolaou para no pasar por alto la presencia del HPV. (HPV Medical Center, 2015).

La especificidad de la colposcopia con toma de biopsia es del 90 a 98% y una sensibilidad de 20-84%. (Sanchez, Olivares, Contreras, & Diaz, 2013)

Con el Papanicolaou es posible hacer diagnóstico de HPV pero tiene falsos negativos, esto significa que el virus del HPV puede estar presente y el resultado ser normal. Generalmente cuando hay el HPV, el informe del Papanicolaou nos permite detectar displasias leves, moderadas o severas del cuello uterino. Este método es muy utilizado en nuestro medio hace varios años pero se aconseja su uso junto con la Colposcopía y las Técnicas de ADN para evitar llegar en forma tardía a la prevención del Cáncer de Cuello Uterino. (HPV Medical Center, 2015)**.**

La sensibilidad de la citología se ha reportado en 32.4 – 90%, pudiendo no detectarse neoplasias intraepiteliales de alto grado o cáncer en más del 35% de los casos; y una especificidad de 88%. (Sanchez, Olivares, Contreras, & Diaz, 2013)

Otra técnica es la microcolpohisteroscopía, es una herramienta fundamental ya que podemos ver las células del HPV y/o células cancerosas o pre-cancerosas en vivo y en directo. (HPV Medical Center, 2015)

Existen casos en que el HPV es sospechado por el Papanicolaou o por captura híbrida pero nos es imposible detectar la lesión con el colposcopio o el microcolpohisteroscopio. En estos casos debemos hacer Biopsias para tratar de ubicar el sitio donde se encuentra el HPV. (HPV Medical Center, 2015). La biopsia tiene una sensibilidad y especificidad del 40 y 97%.

“En Estados Unidos la infección genital por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente: un tercio de las mujeres de menos de 20 años con relaciones sexuales tienen la infección en el cuello uterino o en la vulva. La enfermedad tiene la peculiaridad de que no da síntomas y que el varón es un portador sin lesiones visibles”. (Geo Salud, 2014)

Las infecciones por HPV son las infecciones más comunes que se transmiten sexualmente en los Estados Unidos. De hecho, más de la mitad de la gente activa sexualmente se infecta por un tipo de HPV o por varios tipos en algún momento de su vida. Las investigaciones recientes indican que, en cualquier momento de su vida, el 42,5% de las mujeres tienen infecciones genitales por HPV, mientras que menos de 7% de los adultos tienen infecciones orales por HPV. La infección por HPV de alto riesgo representa aproximadamente 5% de todos los cánceres en el mundo. (NCI, 2012)

“En América Latina los fallos de los programas de prevención pueden atribuirse no solo a factores relacionados con las técnicas de detección, sino también al acceso a los servicios de salud y las perspectivas de la comunidad”. (Garcia Castro, 2010)

3.5.2 Determinar el manejo terapéutico de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix

La mayor parte del tratamiento planteado a las pacientes ha sido curativo en un 77%, mientras que el paliativo representa un 23%. El tratamiento primario principal lo constituye la cirugía, seguido de radioterapia y cuidados paliativos.

El tratamiento con radioterapia exclusivamente; “fue mayor para los estadios más avanzados. Se trataron con cirugía en los estadios tempranos. Las dos combinaciones más frecuentes de tratamiento fueron la radioterapia y la quimioterapia, las cuales se emplearon con mayor frecuencia en pacientes en estadio II y III. La cirugía y la radioterapia se emplearon con mayor frecuencia en pacientes en estadio I y II” (Pardo, Constanza, ; Cendales, Ricardo, 2009)

3.5.3 Establecer la supervivencia a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix por etapas clínicas

Un hallazgo muy importante de la investigación corresponde a que existe un 14% de cáncer in situ, y el 86% corresponde al cáncer de cérvix invasivo. Dentro del cáncer invasivo tenemos el tipo escamoso en un 59%, adenocarcinoma con un 18% y mixto u otros con un 9%.

Según el presente estudio se determinó que histológicamente, el 77,5% correspondían a tumores epidermoides, esta variedad es la más frecuente. Los adenocarcinomas representaron el 12,7% y otras variedades tales como adenoescamosos y rabdomiosarcoma

embrionario botrioide el 4,2%. (Cabrera, Nieto, Redondo, & Garrido, 2005). La epidemiologia, historia natural y pronostico del adenocarcinoma y de los mixtos es todavía desconocida. Son tumores de diagnóstico tardío en estadios avanzados, debido en parte a su frecuente localización endocervical.

Del total de la población diagnosticada tenemos que al estadio 0 corresponde existe un 7%, etapa I: 14%; etapa II: 20%, etapa III: 39% y etapa IV: 20%

Según el estudio realizado en Barcelona, más de la mitad de los canceres se diagnostican en estadio I (65,7%), etapa II: 19,4%, etapa III: 10,4% y etapa IV: 4,5%. Todo esto debido a que el screening se ha demostrado eficaz, hecho fundamental para el diagnóstico precoz. (Cabrera, Nieto, Redondo, & Garrido, 2005)

En la presente investigación se analizó a 44 pacientes de las cuales 22 han fallecido por distintas razones, entre ellas: recidiva del cáncer local un 18%, metástasis con un 18%, otras causas 9% y en aquellas que se desconoce en un 55%.

Según (Cabrera, Nieto, Redondo, & Garrido, 2005), tras 51,08 meses de seguimiento en nuestras pacientes, en una análisis de 72 casos; se encuentran vivas sin enfermedad el 56,9%, viven con enfermedad el 11,1%, han muerto por el cáncer el 13,9%, y desconocemos su situación por no acudir a las revisiones o por cambio de domicilio en un 18,1% de los casos. En el seguimiento de nuestras pacientes, permanecieron libres de enfermedad el 65% de las mismas; sin embargo; el 35% restante presentó persistencia de la enfermedad (8,3%), recidiva en pelvis (11,7%), metástasis a distancia (10%) o ambas, esto es, recidiva local y metástasis a distancia en el 5% de los casos. De los casos de metástasis a distancia, cuatro se localizaron a nivel óseo y dos casos a nivel pulmonar.

Un hallazgo muy importante de la investigación es en cuanto a la supervivencia a 5 años de las pacientes con cáncer invasivo de cérvix por etapas clínicas. Los datos obtenidos son los siguientes: para la etapa 0 y I: 100%; etapa II: 56%, etapa III: 34% y etapa IV: en un 11%

La supervivencia por estadios clínicos en el estudio realizado en Barcelona son los siguientes: etapa I: 100%, etapa II: 40%, etapa III: 43% y etapa IV: 0%. (Cabrera, Nieto, Redondo, & Garrido, 2005)

Según (Pardo & Cendales, 2009), la supervivencia del cáncer de cuello uterino ha mostrado variaciones importantes entre los países desarrollados y los países en desarrollo, debido a que en estos últimos los programas de tamización son ineficaces, lo cual se relaciona con los altos costos operativos que implica la infraestructura, el recurso humano, el tratamiento y el seguimiento de las mujeres con anormalidades citológicas; por lo tanto, en los países en

desarrollo los cánceres de cuello uterino suelen diagnosticarse en estadios avanzados. La supervivencia global a los 5 años para pacientes con cáncer in situ fue de 98,2%, estadio I de 97,5%; estadio II 66,8%; estadio III: 37,4% y para los estadios IV, la supervivencia global a cinco años fue de 0%. Esta diferencia entre la supervivencia reportada y la observada puede atribuirse a las malas condiciones sociales y de salud en que ingresan las pacientes. No se logró demostrar la relevancia de otros factores diferentes al estadio clínico, en la supervivencia de las pacientes.

3.5.4 Determinar la supervivencia global en las pacientes con cáncer invasivo de cérvix mediante revisión de historias clínicas

La supervivencia global de acuerdo al tipo histológico de la presente investigación arrojo los siguientes resultados: tipo in situ: 100%, escamoso: 45%, adenocarcinoma un 38% y mixto u otros 20% de supervivencia.

La supervivencia libre de enfermedad y de recaída local y regional entre pacientes con cáncer de cuello uterino, está determinada principalmente por el estadio clínico y la presencia de compromiso ganglionar, aunque la invasión del estroma y la presencia de invasión vascular o linfática son también factores de pronóstico para pacientes con tumores en estadios tempranos. (Pardo & Cendales, 2009)

La supervivencia y el control pélvico/ local de la enfermedad se correlacionan con el estadio según la FIGO, si bien el pronóstico también depende de otros factores no incluidos en este sistema de estadiaje y que nos condicionarán el tratamiento y la supervivencia de las pacientes. El subtipo histológico adenocarcinoma tiene peor pronóstico que el carcinoma escamoso. (SEOM, 2013)

CONCLUSIONES

1. En la ciudad de Loja el cáncer del cuello uterino es el más frecuente en mujeres de edad fértil y presenta cifras muy alarmantes. Es importante conocer los factores de riesgos presentes y poner énfasis en aquellos que son modificables, para así de esta manera disminuir la frecuencia de cáncer de cérvix
2. De acuerdo a los resultados obtenidos se determina que el grupo con mayor riesgo se encuentra entre los 25 a 54 años de edad equivalente a un 60% de las 44 pacientes analizadas.
3. En gran parte de las pacientes se desconoce el número de compañeros sexuales en un 71% de 31 pacientes, seguido de aquellas que tenían una sola pareja en un 18% de 8 pacientes.
4. Con respecto al nivel de instrucción se observó que el 48 % de 21 pacientes, estas se identificaron en la educación primaria, un 20% de 9 pacientes con nivel de instrucción secundaria seguido de aquellas que se desconoce en un 16% de 7 pacientes. De acuerdo con la información suministrada por las historias clínicas se observó que hay déficit de conocimiento acerca del tema y existe una falta de educación.
5. El mayor porcentaje de inicio de vida sexual activa comprende entre los 14 y 19 años en un 41% de 18 pacientes, seguido de un 34% de aquellas personas que se desconoce su IVSA.
6. Los tipos de HPV más comunes en cáncer de cérvix fueron el 16 y 18, los que se encuentran en total concordancia con la literatura a nivel mundial.
7. El hecho de practicarse pruebas de Papanicolaou puede ayudar a detectar cambios precancerosos que pueden tratarse antes de que se conviertan en cáncer del cuello uterino. Es muy útil identificar el tipo de HPV en el Pap test. Estas pruebas son muy efectivas para descubrir tales cambios, pero tienen que hacerse en forma regular. Se reportó en el 20,45% de las pacientes el HPV subclínico. La infección persistente del HPV es la causa más común de cánceres de cérvix.
8. El 77% de las pacientes diagnosticadas de cáncer invasivo de cérvix fueron tratados mediante manejo curativo en 34 pacientes y el 23% mediante manejo paliativo en 10 pacientes.
9. Los tipos de cáncer de cérvix diagnosticados durante los años 2006 y 2007 fueron in situ: 14% e invasivo: 86%. En el tipo invasivo tenemos tres variedades, con mayor

porcentaje está el cáncer escamoso en un 59% en 26 pacientes, seguido del adenocarcinoma en un 18% en 8 pacientes y otros en un 9% en 4 pacientes respectivamente.

10. El promedio de sobrevida de las pacientes es de 5 años. La causa de muerte con mayor porcentaje fue por recidiva del cáncer local y metástasis en un 36% seguida de aquellas que no refieren la causa en un 55%.
11. La supervivencia global a 5 años para los diferentes estadios de cáncer invasivo de cérvix son las siguientes:
    Estadio 0: 100%, estadio I: 100%, estadio II: 56%, estadio III: 34% y estadio IV: 11%.
12. La supervivencia global a 5 años de los pacientes diagnosticados de cáncer invasivo de cérvix durante los años 2006 y 2007 en el Instituto del cáncer SOLCA-Loja es:
    In situ: 100%,
    Escamoso: 45%
    Adenocarcinoma: 38%
    Mixto u otros: 20%

13. La realización de este TFT ha sido muy enriquecedor, al intervenir en un problema de salud que afecta a la mayor parte de la población femenina. Esta investigación permitió conocer un panorama amplio de la situación del cáncer de cuello uterino en la institución, a pesar de presentar como debilidad la falta de algunos datos, lo cuales no se encontraban reportados en las historias clínicas.

RECOMEDACIONES

1. Mejorar con los datos en las historias clínicas de los pacientes incluyendo antecedentes personales, una historia ginecológica completa y números de contacto o referencia
2. Se debe mejorar la cobertura mediante campañas de educación, dar seguimiento a los pacientes; motivarles a que cumplan con el tratamiento y que vuelvan a recibir tratamiento complementario.
3. Buscar alternativas de financiamiento para aquellas personas con bajos recursos económicos.
4. Que las mujeres objeto de estudio, asuman medidas de autocuidado para prevenir las inflamaciones e infecciones pélvicas, mediante la prevención tanto en las relaciones sexuales, higiene personal, y uso adecuado de anticonceptivos.
5. Incentivar a que las mujeres en edad fértil asuman la responsabilidad de realización de Papanicolaou para la detección oportuna del cáncer cervico uterino, y la aplicación de los protocolos de atención según sea el caso.
6. Los exámenes pélvicos anuales, incluyendo una prueba de Papanicolaou, se deben iniciar cuando la mujer se vuelve sexualmente activa, o en mujeres mayores de 20 años de edad.
7. La formación de grupos de apoyo emocional y social sería una alternativa importante en el tratamiento y seguimiento de los casos de cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbas, K., Fausto, & Aster. (2010). Patologia estructural y funcional. En K. Abbas, Fausto, & Aster, *Patologia estructural y funcional* (págs. 1021-1024). Barcelona España: Elsevier España .
2. ACUDES. (2008). Obtenido de http://www.accudes.es/www.accudes.es/index2595e.html?area=ZONA_DE_CLIENTES/ACCUDES/MENU_IZQUIERDA/MAS_SOBRE_EL_CANCER/PRONOSTICO/TASAS_DE_SUPERVIVENCIA_PARA_EL_CANCER_DE_CUELLO_UT
3. AECC. (24 de Junio de 2013). *Asociacion española contra el cancer* . Obtenido de https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/pronostico.aspx
4. American Cancer Society. (2010). Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf
5. American Cancer Society. (2012). *http://www.cancer.org/.* Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-036792.pdf
6. American Cancer Society. (30 de Octubre de 2014). *American Cancer Society*. Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf
7. American Cancer Society. (30 de 09 de 2014). *http://www.cancer.org/.* Obtenido de http://www.cancer.org/espanol/cancer/linfomanohodgkin/guiadetallada/linfoma-no-hodgkin-early-factors-prognosis
8. Andes. (18 de Marzo de 2013). *Agencia Publica de Noticias del Ecuador y Sudamerica*. Obtenido de http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-20-cada-100000-mujeres-padecen-cancer-uterino.html
9. ASIS. (Diciembre de 2010). *Caracteristicas sociodemograficas de la poblacion* . Obtenido de http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20I--Caracter%C3%ADsticas%20sociodemogr%C3%A1ficas%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.pdf
10. Brustugun, Moller, & Helland. (1 de Julio de 2014). *Pubmed*. Obtenido de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24983370
11. Cabrera, Y., Nieto, A., Redondo, S., & Garrido, N. (2005). Cancer de cervix. *Scielo Oncologia Barcelona* .
12. cancer, A. e. (31 de 10 de 2014). *AECC Contra el cancer.* Obtenido de https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/Cancerdecervix/Paginas/Cancerdecervix.aspx
13. Cancer. Net. (04 de 2014). Obtenido de http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estad%C3%ADsticas

14. Cartaya, M., Hernandez, I., Gonzales, Y., & Alvarez, N. (2010). Factores de riesgo del cancer cervico uetino . *Scielo* .

15. CDC. (2 de Septiembre de 2014). *Centros para el control y prevencion de enfermedades* . Obtenido de http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/statistics/index.htm

16. Corcoran, J., & Crowley, M. (2014). *Pubmed*. Obtenido de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24855810

17. Cueva, P., & Yepez, J. (2009). Epidemiologia del Cancer en Quito 2003 - 2005. En P. Cueva, & J. Yepez. Quito - Ecuador: aheditorial@andinanet.net.

18. datosmacro.com. (2012). Obtenido de http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/ecuador

19. DMEDICINA. com. (2009). Obtenido de http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-cuello-utero

20. Dominguez Eloisa, Peralta Oscar. (6 de Junio de 2012). *Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes*. Obtenido de http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol12_num1/articulos/factores.pdf

21. Duska, L., & MD. (02 de Septiembre de 2014). *Uptodate.* Obtenido de https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/overview-of-approach-to-cervical-cancer-survivors?source=search_result&search=cervical+cancer&selectedTitle=2~150

22. ecuadorenvivo.com. (15 de Mayo de 2014). Obtenido de http://www.ecuadorenvivo.com/reportajes/27-/15144-aumenta-la-esperanza-de-vida-que-alcanza-73-anos-en-mujeres-y-68-en-hombres.html#.VO0GOiyLfhA

23. Feldman, S., Goodman, A., & Peipert, J. (Diciembre de 2014). *Uptodate.* Obtenido de https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/screening-for-cervical-cancer?source=search_result&search=cervical+cancer&selectedTitle=6~150

24. Frumovitz, M. (10 de Noviembre de 2014). *Uptodate*. Obtenido de https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=cervical+cancer&selectedTitle=1~150

25. Garcia Castro. (2010). *VPH y cancer de cuello de utero*. Obtenido de http://sameens.dia.uned.es/Trabajos11/Trab_Publicos/Trab_3/Garcia_Castro_3/resultados.htm

26. Geo Salud. (2014). *Virus del Papiloma y Displasia de Cuello Uterino*. Obtenido de http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/papiloma_displasia.htm

27. Gutman, R. (s.f.). Laboratorio de Medicina. Obtenido de http://www.labmedicina.com/noticia.php?id=15

28. Hernandez, Ronald. (s.f.). *Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/hernandez_ar/Cap5.pdf

29. HPV Medical Center. (11 de Marzo de 2015). Obtenido de http://www.hpvmedicalcenter.com.ar/HPV-tratamiento-cancer/es/Diagnostico%20del%20HPV.htm

30. Instituto Nacional de la Salud. (Diciembre de 2013). *Determinates sociales para cancer de cuello uterino*. Obtenido de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/2013/notas/14.Determinantes%20sociales%20para%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino.pdf

31. Kumar, Abbas, Fausto, & Aster. (2010). Patologia Estructural y Funcional. En R. y. Cotran, *Patologia Estructural y Funcional* (págs. 1020 - 1024). Barcelona - España: Elsevier Saunders.

32. Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., & Aster, J. (2010). Patologia esctructural y funcional. En Kumar, Abbas, Fausto, & Aster. Barcelona - España: Elsevier Saunders.

33. Livestrong and American cancer Society. (2010). *http://www.cancer.org/.* Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf

34. Longo, Fauci, Hauser, Kasper, Jameson, & Loscalzo. (2012). Harrison. En Longo, Fauci, Kasper, Jameson, & H. Loscalzo, *Harrison. Principos de Medicina Interna* (págs. 813 - 814). Mexico: Mc Graw Hill.

35. Michael, F. (30 de Junio de 2013). *Uptodate*. Obtenido de https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=worldwide+incidence+of+cervical+cancer&selected

36. Mural, J., Borelli, M. A., Rodriguez de la Peña, M., Mariana, M., & Stigliano, J. (21 de Noviembre de 2012). *Asociacion Argentina de Ginecologia Oncologica* . Obtenido de http://www.aaginonc.org.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=42

37. NCCN. (2015). *Guia de practica oncologica NCCN*. Obtenido de http://www.tri-kobe.org/nccn/guideline/gynecological/english/cervical.pdf

38. NCI. (7 de Diciembre de 2012). *Instituto Nacional del Cancer de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU*. Obtenido de http://www.cancer.gov/espanol/tipos/comunes-hispanos

39. NCI. (3 de Mayo de 2013). *Instituto Nacional del Cancer de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU* . Obtenido de http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion

40. NCI. (07 de Marzo de 2014). *Instituto Nacional del Cancer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU.* Obtenido de http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/

41. NIC . (16 de Enero de 2015). *Instituto Nacional del Cancer* . Obtenido de http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino/HealthProfessional/page3

42. Noreña, C., & Tamayo, L. (15 de Marzo de 2010). *Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa*. Obtenido de http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1606/2124

43. NYU Langone Medical Center. (2012). Obtenido de http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103764

44. OMS. (2015). Obtenido de http://www.who.int/topics/cancer/es/

45. ONU. (12 de Mayo de 2008). *Centro de Noticias ONU*. Obtenido de http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=12427#.U8qjUFNHJdg

46. Pardo, C., & Cendales, R. (6 de Abril de 2009). *Biomedica Revista del Instituto Nacional de la Salud*. Obtenido de http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2/290

47. Pignatario, M. D. (2008). Cancer de cuello uterino en ecuador. Estado actual. *medicosecuador.com*.

48. Quito, S. (2007). *Revista Fesgo*.

49. *Resultados y calidad del sistema sanitario publico de Andalucia* . (2012). Obtenido de http://www.calidadsaludandalucia.es/es/efectividad_4_22.html

50. Rodriguez Armando Dr. (s.f.). Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*.

51. Romero Ledezma, K. P. (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba gestión 2012. *Revista Cientifica Ciencia Medica*, 17-21.

52. Sanchez, M., Olivares, A., Contreras, N., & Diaz, M. (2013). Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histologia . *Revista Invest Med Surmex*, 95-99. Obtenido de http://www.medicasur.com.mx/pdf-revista/RMS132-AO02-PROTEGIDO.pdf

53. SEER. (2011). *Survillance, epidemiolgy, and end results program*. Recuperado el 17 de 05 de 2014, de Relative survival dg-year: linfoma no-hodgkin, 5-year cause-specific survival for cancers, 2004-2010, sexes by race and primary site; and age-adjusted incidence and U.S. death rates and 5-year relative survival by primary cancer site, sex and period time: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/results_single/sect_13_table.17.pdf http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/results_single/sect_01_table.05_2pgs.pdf http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/results_single/sect_33_table.01.pdf

54. SEMAR MEDICA. (s.f.). http://www.semarmedica.com.ar/hpv.php.

55. SEOM. (11 de Marzo de 2013). *Sociedad Española de Oncologia Medica*. Obtenido de http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/cervix#content

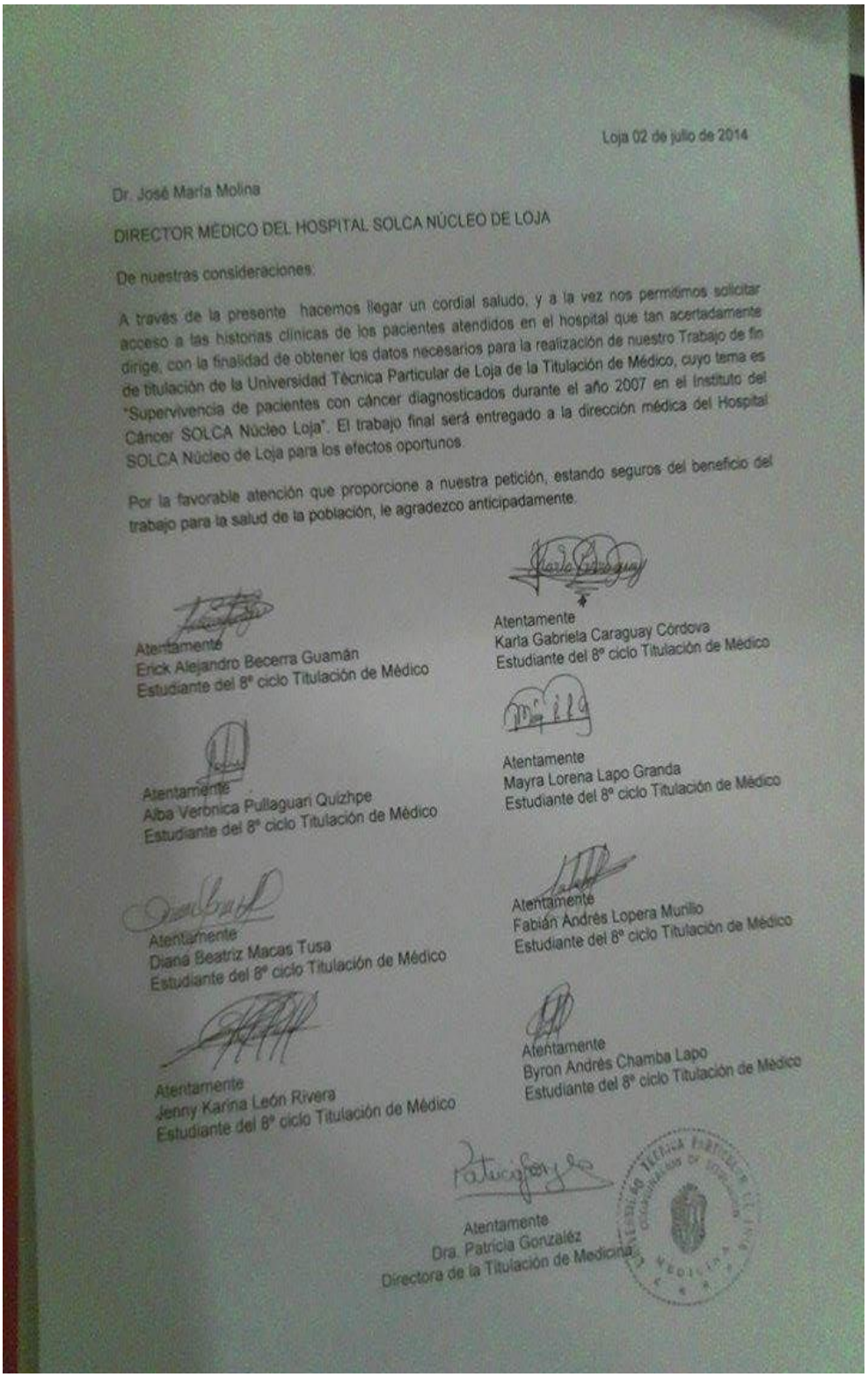
56. SOLCA Quito. (2012). *Cancer de cervix.* Obtenido de http://www.solcaquito.org.ec/media/documentos/suplementos/cancercervix14.pdf

57. Vallejo, D. C. (4 de Abril de 2011). *Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas.* Obtenido de Guias : http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CANCER_CUELLO_UTERINO_19_04_11.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

1.1 Oficio de autorización para la recolección de datos



Loja 02 de julio de 2014

Dr. José María Molina

DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL SOLCA NÚCLEO DE LOJA

De nuestras consideraciones:

A través de la presente hacemos llegar un cordial saludo, y a la vez nos permitimos solicitar acceso a las historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital que tan acertadamente dirige, con la finalidad de obtener los datos necesarios para la realización de nuestro Trabajo de fin de titulación de la Universidad Técnica Particular de Loja de la Titulación de Médico, cuyo tema es "Supervivencia de pacientes con cáncer diagnosticados durante el año 2007 en el Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo Loja". El trabajo final será entregado a la dirección médica del Hospital SOLCA Núcleo de Loja para los efectos oportunos.

Por la favorable atención que proporcione a nuestra petición, estando seguros del beneficio del trabajo para la salud de la población, le agradezco anticipadamente.

Atentamente
Erick Alejandro Becerra Guamán
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Karla Gabriela Caraguay Córdova
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Alba Verónica Pullaguari Quizhpe
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Mayra Lorena Lapo Granda
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Diana Beatriz Macas Tusa
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Fabián Andrés Lopera Murillo
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Jenny Karina León Rivera
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Byron Andrés Chamba Lapo
Estudiante del 8º ciclo Titulación de Médico

Atentamente
Dra. Patricia González
Directora de la Titulación de Medicina

1.2 Ficha de recolección de los datos

Nº	Nombre	H.C	CONVENIO	Nº Cedula	Telefono	REFERENCIA	Raza	F.Nacimiento	L. NACIMIENTO	L. Residencia

Ocupacion	Instrucción	APP	APF	E. Civil	Edad					
					15-24	25-44	45-54	55-64	>65	

F. RIESGO											
MENARQUIA	MENOPAUSIA	FUM	IVSA	PAP	FPP	FUP	PIG	PAREJAS	VPH	# HIJOS	PLANIFICACION

Tipo de Cancer						Etapa						Manejo				
IN SITU	Adenocarcinom	Escamosos	Mixto	Otros	TIPO	0	I	II	III	IV		QX	QMT	RTP	PALIATIVO	ABANDONA

Vivo a los 5 años SOLCA TTO		REGISTRO CIVIL		Ingreso	Fecha de dg	Fecha de fin de tto	FECHA DE CONSTATACION DE VIDA	Causa de la muerte	ESQUEMA TERAPEUTICO	TTO
SI	NO	VIVO	FALLECIDO							