



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN VERSUS
QUIMIORRADIACIÓN CONVENCIONAL EN RESPUESTA AL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO LOCALMENTE AVANZADO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**

2017-2021

**PRESENTADO POR
SOPHIA VICTORIA LOZANO BALLENA**

**ASESOR
RICARDO CARREÑO ESCOBEDO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA
MÉDICA**

LIMA- PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN VERSUS
QUIMIORRADIACIÓN CONVENCIONAL EN RESPUESTA AL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO LOCALMENTE AVANZADO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
2017-2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA**

**PRESENTADO POR
SOPHIA VICTORIA LOZANO BALLENA**

**ASESOR
DR. RICARDO CARREÑO ESCOBEDO**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	4
1.5 Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	12
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	13
3.1 Formulación	13
3.2 Variables y su definición operacional	13
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	15
4.1 Diseño metodológico	15
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas de recolección de datos	16
4.4 Procesamiento y análisis de datos	16
4.5 Aspectos éticos	16
CRONOGRAMA	18
PRESUPUESTO	19
FUENTES DE INFORMACIÓN	20
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar en incidencia y mortalidad en la mujer, con un estimado de 604 000 casos nuevos y 342 000 muertes a nivel mundial en 2020. En 23 países, es el diagnóstico más frecuente y la causa principal de muerte en 36 países, siendo la mayoría en África subsahariana, Melanesia, Sudáfrica. América y Asia sudoriental.

Durante las últimas décadas, se ha evidenciado disminución en las tasas de incidencia y mortalidad en la mayoría de áreas en el mundo, esto se atribuye a factores relacionados como el aumento de los niveles socioeconómicos medios o con la disminución del riesgo de infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, como resultado de las mejoras en la higiene genital, la reducción de la paridad y la disminución de la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (1). Con el avance de la edad, la supervivencia, al momento del diagnóstico, disminuye, del 81% para las personas de 15 a 44 años, al 34% para mujeres mayores de 75 años (2).

En América del Sur, se estimó una incidencia 15.2 por cada 100 000 habitantes, confiriéndole noveno lugar a nivel mundial y una mortalidad de 7.1 por cada 100 000 habitantes (3).

Según GLOBOCAN 2020, en nuestro país, se diagnostican aproximadamente 4270 casos nuevos al año, lo que ocupa el segundo lugar en el sexo femenino y un total de 2288 mujeres mueren cada año (1).

En Lima Metropolitana, para el período 2013 - 2015, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar. Se registraron 3631 casos nuevos, con una tasa de incidencia estandarizada de 22 casos por 100 mil mujeres. Así mismo, se registró 1391 muertes, con una tasa de mortalidad de 8.3 por 100 mil mujeres, siendo la tercera causa de muerte por cáncer (4).

En la enfermedad localmente avanzada, el tratamiento consiste en radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia que incluya platino y braquiterapia. Los regímenes incluyen cisplatino semanal, carboplatino o cisplatino/fluoracilo, cada 3 o 4 semanas durante radioterapia (RT) (2). Este ha sido el estándar de tratamiento desde hace 2 décadas para enfermedad voluminosa, con mejora, tanto en la sobrevida libre de progresión como en la sobrevida global (3,5).

A pesar de esto, los desenlaces en esta enfermedad siguieron siendo subóptimas, por lo que surgieron intervenciones para mejorar los resultados del tratamiento, incluyen quimioterapia antes de la quimioterapia concurrente (ChTRT), conocido como quimioterapia neo adyuvante (ChTNA) y quimioterapia adicional administrada después del tratamiento estándar, que se conoce como quimioterapia de consolidación o ChTA (5).

El principal objetivo de ChTA, después de completar la RT o ChTRT, es erradicar la enfermedad residual en la pelvis y tratar la enfermedad oculta fuera del campo de radiación pélvica. Los resultados de la ChTA después de la ChTRT en Cáncer de Cuello Uterino localmente avanzado (CCLA) han demostrado superioridad sobre la ChTRT sola, pero la mayoría de los datos provienen de estudios occidentales. Tasas de sobrevida global mayores del 80% - 90% logradas luego de ChTRT seguida de ChTA fueron más altas en comparación con ChTRT sola (5).

La casuística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica (INEN) revela que, en el año 2018, se recibió en promedio 1499 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, y son los estadios II y III los predominantes en frecuencia (6).

Debido a la alta casuística en cáncer de cuello uterino localmente avanzado, se inició el tratamiento consolidación con quimioterapia a criterio del médico oncólogo tratante hace seis años, debido a que se observó que la quimiorradiación no lograba respuesta completa en este tipo de neoplasias.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la respuesta a la quimioterapia de consolidación versus quimiorradiación convencional en las pacientes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado

del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante el periodo 2017 – 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer la respuesta del cáncer de cuello uterino localmente avanzado a la consolidación con quimioterapia luego de quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante los años 2017 - 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Comparar la sobrevivida global en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la tasa de respuesta en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar las toxicidades relacionadas al tratamiento en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Comprar la localización de la recurrencia de enfermedad en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

En el Perú, no se ha realizado este tipo de estudio, a pesar de tener una población con alta incidencia de cáncer de cuello uterino en estadios avanzados. Se ha visto que el uso de la Quimiorradiación convencional no sería suficiente para controlar la enfermedad en estadios avanzados, por lo que en la actualidad se aboga por el uso de quimioterapia de consolidación luego de la Quimiorradiación para mejorar las tasas de respuesta, la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) en estas pacientes.

Por lo que se desea investigar la respuesta de la consolidación con quimioterapia luego del tratamiento con quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en pacientes mujer adultas jóvenes con cáncer de cuello uterino estadio III-IVA.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

Se cuenta con la posibilidad de permiso de la institución y con la tecnología para desarrollar el proyecto. Así mismo, contamos con los recursos, el tiempo y la logística para realizarlo.

1.5 Limitaciones

Las principales limitaciones del presente estudio son que al ser retrospectivo dependemos de la información registrada en la historia clínica, que en algunas ocasiones puede estar errada o incompleta y cuya veracidad no se podría comprobar. Por otro lado, en algunos casos puede haber una pérdida de seguimiento de los pacientes, por abandono de tratamiento entre otros. Con respecto a la validez externa, esta es limitada por ser estudio que se desarrolla dentro de la institución, por lo que los datos obtenidos no podrían representar la realidad del resto de instituciones del país. Finalmente, el estudio es viable porque tenemos acceso a la historia clínica física con los datos registrados y parte en forma electrónica.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Se realizó el estudio japonés de Mabuchi S et al., de 2016, que evaluó la eficacia y toxicidad a la ChTRT basada en paclitaxel más carboplatino (PC) seguida de quimioterapia de consolidación en pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IIIB/IVA según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Del grupo PC-ChTRT, el 73.3% completaron el ChTRT basado en PC. La toxicidad hematológica aguda grado 3/4 con mayor frecuencia fueron leucopenia y neutropenia, y la diarrea fue la toxicidad no hematológica aguda de grado 3/4 más común. Luego de una mediana de seguimiento de 35 meses, el 30% había desarrollado enfermedad recurrente. Las tasas de SLP a tres años y SG de los pacientes fueron 67.9% y 90.8%, respectivamente. Los resultados de supervivencia del grupo PC-ChTRT fueron significativamente superiores al grupo ChTRT en términos de SG y significativamente superiores al grupo RT en término de SLP y SG (7).

El estudio de Hashemi F et al., publicado en 2017, estudio fase 2 realizado en Irán, reclutó a 30 pacientes con una mediana de edad de 51 años, los cuales recibieron neoadyuvancia con PC por 1 curso seguido ChTRT y 2 ciclos de PC como régimen adyuvante. Indicó que la quimioterapia adyuvante tuvo mejores tasas de respuesta en los pacientes que recibieron ChTRT con enfermedad localmente avanzada. Demostró que el 86.7% tuvo respuesta completa y el 13.3% respuesta parcial, con mínimos efectos adversos grado 3 o 4 (8).

Así mismo, otro estudio japonés de Chen S et al., de 2019, con un total de 176 pacientes, dio resultados positivos con respecto a la ChTRT seguido de quimioterapia consolidación con carboplatino/paclitaxel (ChTA). Con una mediana de seguimiento de 60.1 meses, la SLP y la SG a 5 años fue de 68.32% y 72.05% respectivamente. Al dividirlo en subgrupos, la SLP a 5 años en grupo ChTRT + ChTA fue de 75.61% vs. 60.76% en grupo ChTRT, con diferencia significativa. Mientras que la SG a 5 años en brazo ChTRT + ChTA fue de 76.83% vs. 67.09% en el comparador. Con respecto a los efectos secundarios, el brazo ChTRT + ChTA tuvo mayor número de efectos sistémicos agudos, en especial la toxicidad

hematológica y gastrointestinales de grado 3-4. Por último, la mayoría de las recurrencias loco-regionales y las metástasis a distancia se produjeron en el brazo ChTRT solo en los estadios IIIB – IVB (9).

En el estudio retrospectivo turco de Yavas G et al., de 2019, se evaluó a 109 pacientes con CCLA, recibieron cisplatino 40 mg/m² concurrente con radioterapia, seguido de BATD intracavitaria. 46 de 109 pacientes recibieron una mediana de 6 ciclos de ChTA el cual consistió en paclitaxel 175mg/m² y carboplatino 5AUC, los 63 restante no recibieron ChTA. Tuvo una mediana de seguimiento de 24.5 meses, con una SLP y SG del 95.5% y 95.7%, respectivamente, en el grupo de interés, significativo. No observaron toxicidades gastrointestinales o genitourinarias grado 3/4 durante la ChTRT. Se evidenciaron toxicidades hematológicas y neurologías en el grupo que recibió ChTA, y son los más problemáticos. Sin embargo, fueron manejables (10).

El estudio brasileño realizado por Queiroz A et al, en el año 2019, tipo retrospectivo, contó con 127 pacientes con CCLA, mediana de edad 50.8 años, tratadas durante el año 2005 al 2014, comparó la sobrevida en aquellas que recibieron ChTA. Tuvo una mediana de seguimiento de 48.7 meses, la sobrevida libre de recurrencia loco regional (SLRLR), sobrevida libre de metástasis a distancia (SLMA) y la SG a 5 años fueron de 76.6%, 54% y 63% respectivamente. Se asoció a una SLRLR y SG más corta cuando el tamaño tumoral media \geq 6cm, el adenocarcinoma y los ganglios linfáticos positivos se asociado a una SLMA más corta. Un total de 22 pacientes fueron tratadas con ChTA, resultó en una SG más prolongadas en comparación a los que no fueron tratamiento con ChTA (11).

En un estudio reciente en Brasil del investigador Fabri et al., de 2019, evaluó el impacto que tenía el tratamiento ChT luego de ChTRT basado en platino con una población de 186 pacientes, donde la mediana de seguimiento fue de 30.9 meses para el grupo de ChTA. Los resultados indicaron que la SG a 3 años fue del 91% frente al 82.3% y a los 5 años fue del 82.3% frente al 64.3% a favor de los pacientes tratados con ChTA. Mientras que la SLP a los 3 años fue del 84.3% frente al 54.4% y a los 5 años fue del 84.3% frente al 49.1%, con una disminución del riesgo de progresión del 61%, lo cual es significativo. Otras medidas fueron sobrevida libre

de metástasis a distancia (SLMA); a los tres años fue del 80.4% frente al 62.5% y a los 5 años fue del 80.4% frente al 54.8%. La supervivencia libre de recurrencia local regional (SLRL) a los 3 años fue del 92.7% frente al 79.5% y a los 5 años fue del 92.7% frente al 79.5, no significativo (12).

Por otro lado, en el estudio Hindú de Pandya T et al, publicado en 2019, se evidenciaron toxicidades agudas consideradas dentro de los 3 primeros meses de seguimiento, como las hematológicas. Dentro de estas están la anemia en el 50% de los pacientes, de los cuales 17% eran grado 1, el 58% grado 2 y 25% grado 3. Por otro lado, neutropenia grado 3 en el 33%. Las náuseas y vómitos en el 22%, de los cuales el mayor porcentaje fue grado 2. La neuropatía se evidenció en el 37%, con un aproximado de 29% y 8% con grado 2 y 3, respectivamente. Además, se registraron toxicidades tardías como aquellas evidenciadas después de los 3 meses de seguimiento), tenemos dentro de la toxicidad hematológica a la anemia en el 41.5%, de los cuales 90% y 10% fueron grado 2 y 3, respectivamente. La neuropatía se evidenció en el 50% de los pacientes, siendo el grado 2 el más frecuente con un 83%. Otros eventos adversos menos frecuentes fueron cistitis, enteritis y proctitis (5).

Por otro lado, el estudio retrospectivo chino de Yuan Y et al., realizado en 2020, ingresó a 159 pacientes con ganglios linfáticos pélvicos positivos en estadios IB-IVA, sin metástasis en los ganglios para aórticos y tratados inicialmente con RT definitiva o ChTRT. Se clasificaron según la ChTA con 5-fluorouracilo o paclitaxel, más cisplatino. Recibieron una mediana de 2 ciclos de ChTA. La mediana de seguimiento fue de 33.8 meses, la tasa SLP, SG, control local y supervivencia libre de metástasis a distancia a 3 años fue de 80.2%, 83%, 94% y 85.9%, respectivamente. Las toxicidades agudas y tardías grado 3-4 fueron comparables entre los 2 grupos ($p>0,05$) (13).

En el estudio de Kou L et al., publicado en 2020, evaluaron la eficacia clínica y la seguridad de la ChTA en 262 pacientes con enfermedad localmente avanzada estadio IIA - IIIB luego de ser tratados con ChTRT basado en platino vs ChTRT convencional, con una mediana de seguimiento de 40 meses; no se evidenciaron diferencias significativas tanto en SG como SLP entre los grupos, con 88.5% versus

90.3% y 83.2% frente a 87.6%. La tasa SG en los grupos ChTRT + ChTA y ChTRT al año y a los 3 años fueron de 97.3% frente al 94.7% y del 90.2% frente al 88.4%, sin diferencia significativa. Mientras tanto, la tasa de SLP al año y a los 3 años fueron de 92% frente al 94.7% y del 87.5% frente al 85.5%, respectivamente. Los efectos adversos agudos grado 3-4 ocurrieron más en grupo ChTRT + ChTA, con diferencias significativas en neutropenia y anemia (14).

El estudio español observacional, retrospectivo, realizado por Rave A et al., publicado en 2021, estudió a 73 pacientes con diagnóstico de CCLA corresponde a estadios IIIA, IIIB, IIIC1, IIIC2 y IVA según FIGO, que recibieron ChTA con carboplatino y paclitaxel. Del total, 35 recibieron ChTA luego de ChTRT, con tasas de supervivencia a los 3 y 5 años del 77.1% y 68.6%, resultados significativos. Dentro de las toxicidades observadas, las gastrointestinales, genitourinarias y neuropáticas durante las ChTA fueron las más frecuentes, llegando solo a grado 3 o 4 un 3.1% y 0%. Las más graves fueron las hematológicas, como la neutropenia de 33.4% y anemia con 33.4% para grado 3 o 4. El 14.3% suspendieron el tratamiento (15).

El estudio OUTBACK fase 3 aleatorizado internacional, realizado por Mileschkin L et al., publicado en 2021, incluyó Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Arabia Saudita, Canadá, China y Singapur, reclutó a 919 mujeres con CCLA elegibles. Evaluó la SG en aquellas pacientes que se les administró Carboplatino y Paclitaxel como ChTA después de la ChTRT en enfermedad localmente avanzado. El 78% del grupo ChTA recibió ChTRT previo. La mediana de seguimiento fue 60 meses. La SG a los 5 años fue similar a aquellos asignados a ChTA frente al grupo control 72% vs 71%, no significativo. La SLP fue similar en ambos grupos de 63% vs 61%, no significativo. En cuanto a eventos adversos de grado 3 a 5, estos ocurrieron en el 81% de los pacientes que recibieron ChTA frente al 62% de los asignados al grupo control. Los sitios de recurrencia fueron similares en ambos grupos (16).

Se encontró una revisión sistémica y metanálisis realizado por Horewg N et al, publicado en 2021; se incluyó ensayos controlados aleatorizados, prospectivos no aleatorizados y retrospectivos, de pacientes diagnosticadas de cáncer de cuello uterino dentro de los estadios IB – IVA (según FIGO), con histología de células

escamosas, adenocarcinoma o adenoescamoso, con compromiso ganglionar linfoparaórtica comprobada o sospechada, de reciente diagnóstico. Estas debieron recibir tratamiento convencional con ChTRT más braquiterapia (BATD) secuencial, seguida de terapia adyuvante sistémica comparado con ChTRT más BATD. Se realizó meta análisis para seis estudios que compararon ChTRT seguida de antagonista adyuvante de platino y pirimidina con ChTRT, en un total de 622 personas, informó hazard ratio (HR) de la SG y sobrevida libre de recurrencia, los cuales no fueron significativos.

Por otro lado, la revisión sistémica informó una sobrevida del 70% al 90% a 3 años en el brazo con la combinación antagonista de platino-pirimidida luego de ChTRT. En el grupo taxano-platino, la tasa de sobrevida general a tres años fue de 31% al 80% y en el grupo 5-FU adyuvante no mostro beneficio significativo. En cuanto a las toxicidades, la tasa de finalización en el tratamiento ChTRT seguido de antagonista adyuvante de platino-pirimidina fue del 79%, mientras que en el grupo de platino-taxano fue del 70%; ambos han causado toxicidades hematológicas y gastrointestinales agudas más graves que la ChTRT sola (17).

En el estudio turco multicéntrico retrospectivo, realizado por Atci M et al, en 2021, se reclutaron a 139 pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio III (FIGO) tratadas con ChTRT, de los cuales el 45.3% recibió ChTA. Se evidenció que la SLP a 5 años fue del 37.5% en los pacientes que recibieron ChTRT + ChTA en comparación a ChTRT sola con un 16%, con una mediana SLP de 30.9 meses y 16.6 meses. La SG a los 5 años fue del 78.2% y del 28.4% respectivamente, con una mediana de 132.2 meses versus 34.9 meses, estadísticamente significativo (18).

Se publicó el estudio de Wu N et al., en 2021, retrospectivo, multistitucional en China, incluyeron a 695 mujeres con estadio FIGO IB2, IIA2, IIB al IVA, tratadas en 5 centros médicos y se dividieron en 2 grupos: brazo comparador recibió ChTRT + ChTA y el brazo de ChTRT sola. Con un seguimiento de 56.4 meses, menciona no encontrar diferencia en la SG, SLE, SLP y SLMA entre los dos grupos. Se recalció que, en el grupo de la combinación, los pacientes con afectación de ganglios

linfáticos o con histología escamosa tuvieron un SLMA significativamente más largo (19).

Recientemente, se ha publicado una revisión sistemática y meta análisis en el año 2022 por Zhong L et al, el cual buscaba la eficacia de la ChTA después de la ChTRT para el cáncer de cuello uterino localmente avanzado y voluminoso. Se obtuvieron artículos publicados hasta el 2020, con búsqueda bibliográfica en PubMed, EMBASE y Cochrane Library. Se ingresaron cuatro artículos, con un total de 1659 participante. Reveló que SG de las pacientes tratadas con ChTA luego de la ChTRT fue significativamente superior en comparación con ChTRT sola. Así mismo, la SLP de la combinación fue superior con respecto a ChTRT sola. Con una reducción significativa de las tasas de recurrencia local y a distancia en el grupo ChTRT seguido de ChTA. En cuanto a las toxicidades, se evidenció que la toxicidad hematológica grado 3 y 4 fueron las más frecuentes en la combinación ChTRT + ChTA (20).

2.2 Bases teóricas

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias más prevalentes entre las mujeres del mundo en desarrollo (12), a pesar de los avances en las estrategias de detección y tratamiento, en la actualidad se encuentra un número significativo de mujeres con enfermedad avanzadas, y muchas otras fallarán a la terapia curativa de primera intención (21).

La infección persistente de virus papiloma humano (VPH) es el factor más importante para desarrollar cáncer de cuello uterino, detectándose en el 99% de los tumores cervicales (2,3). La incidencia de cáncer parece estar relacionado con la prevalencia de VPH en la población. Los serotipos 16 y 18 están presentes en al menos dos tercios de los carcinomas de cuello uterino en todos los continentes; el VPH 31, 33, 35, 45, 52 y 58 son los siguientes tipos de cáncer más comunes a nivel mundial (22).

Otros factores de riesgo epidemiológico asociados con el cáncer de cuello uterino son historia de fumador, paridad, uso de anticonceptivos orales, inicio temprano de

las relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, historia de infecciones de transmisión sexual, enfermedades autoinmunes e inmunosupresión crónica (3).

Los carcinomas de células escamosas y sus precursoras, las lesiones escamosas intra epiteliales, están relacionadas con la infección por VPH en casi todos los casos y la presencia de ADN del VPH 16 se asocia con un pronóstico desfavorable. Los adenocarcinomas abarcan un grupo heterogéneo de tumores. El adenocarcinoma endocervical de tipo habitual y su precursor, el adenocarcinoma *in situ*, ha demostrado ser positivo para el VPH en casi el 90% y el 100% de los casos, respectivamente. El VPH 18 es más común en adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos que en carcinomas de células escamosas

Se denomina enfermedad avanzada a la que incluye estadios IIB al IVA según FIGO. Los estudios de imágenes, incluido tomografía por emisión de positrones - PET/CT), son recomendados en estadios IB2 o mayor enfermedad, especialmente para evaluar los ganglios o tumor extra pélvico. La resonancia magnética es usada para describir la extensión de enfermedad local y ayuda a la planificación del tratamiento con radioterapia. En pacientes con enfermedad ganglionar o con enfermedad limitada solo a la pelvis, el tratamiento consiste en Radioterapia de haz externo (EBRT) pélvico concurrente con quimioterapia que incluya platino y braquiterapia. Los regímenes incluyen cisplatino semanal, carboplatino solo si hay intolerancia al cisplatino, o cisplatino/fluoracilo, cada 3 o 4 semanas durante radioterapia (RT) (3). Este ha sido el estándar de tratamiento desde hace dos décadas para enfermedad voluminosa, con una mejora tanto en la sobrevida libre de progresión como en la sobrevida global (2,23).

Se ha visto que la eficacia de la RT disminuye con el tamaño del tumor, debido a esto entre el 30% y el 70% de los pacientes con enfermedad localmente avanzada fracasará al tratamiento instaurado de manera loco regional con o sin recurrencia a distancia. En aquellas pacientes manejadas con cirugía radical (CR), se encontraron como características patológicas adversas al compromiso de ganglios linfáticos y parametrios, márgenes quirúrgicos positivos, invasión linfovascular o invasión tumoral grande y profunda. Casi el 50% de las mujeres con falla loco regional desarrollaran recurrencia extra pélvica (23).

Las intervenciones proporcionadas para mejorar los resultados del tratamiento incluyen quimioterapia antes de la ChTRT (quimioterapia neo adyuvante [ChTNA]) y quimioterapia adicional administrada después del tratamiento estándar, que se conoce como quimioterapia de consolidación o ChTA (23).

El principal objetivo de ChTA, después de completar la RT o ChTRT, es erradicar la enfermedad residual en la pelvis y tratar la enfermedad oculta fuera del campo de radiación pélvica. Los resultados de la ChTA después de la ChTRT en cáncer de cuello uterino localmente avanzado (CCLA) han demostrado superioridad sobre la ChTRT sola, pero la mayoría de los datos provienen estudios occidentales. Sin embargo, hasta el momento hay información limitada disponible sobre la eficacia y toxicidad de la quimio radioterapia seguida de quimioterapia de consolidación (7).

2.3 Definición de términos básicos

Estado funcional: Escribe el estado de los síntomas y funciones con respecto al estado ambulatorio y la necesidad de atención (24).

Factores de riesgo: Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud (25).

Clasificación citológica: Cambios observados en la muestra citológica en función del pronóstico y orientación terapéutica.

Compromiso ganglionar: Compromiso ganglionar pélvico o para aórtico.

Estadio clínico: Grado de diseminación del cáncer.

Sobrevida global: Tiempo de vida desde el diagnóstico hasta la muerte por cualquier causa.

Sobrevida libre de progresión: Tiempo libre de enfermedad desde el inicio de tratamiento hasta nueva evidencia de crecimiento tumoral.

Tasa de respuesta: Respuesta alcanzada luego de tratamiento instaurado.

Recaída loco regional: Recurrencia o progresión dentro de la pelvis según lo informado por tomografía computarizada o resonancia magnética.

Recaída a distancia: Recurrencia o progresión fuera de la pelvis según lo informado por la tomografía computarizada, resonancia magnética o gammagrafía ósea.

Toxicidad: Eventos adversos que aparecieron durante o posterior a tratamiento con quimioterapia o radioterapia.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis nula

La consolidación con quimioterapia post quimiorradiación no es superior a la quimiorradiación convencional en pacientes cáncer de cuello uterino localmente avanzado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo 2017 – 2021.

Hipótesis alterna

La consolidación con quimioterapia post quimiorradiación es superior a la quimiorradiación convencional en pacientes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo 2017 – 2021.

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR NATURAL EZA	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN	CATERGORIAS Y VALORES	MEDIDA DE VERIFICACIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, expresado en números enteros.	Cuantitativa	Años	Numérica razón	18 a 70 años	DNI
Lugar de procedencia	Lugar de origen de una persona.	Cualitativa	Departamentos del Perú	Catagórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amazonas ▪ Ancash ▪ Apurímac ▪ Arequipa ▪ Ayacucho ▪ Cajamarca ▪ Callao ▪ Cusco ▪ Huancavelica ▪ Huánuco ▪ Ica ▪ Junín ▪ La Libertad ▪ Lambayeque ▪ Lima ▪ Loreto ▪ Madre de Dios ▪ Moquegua ▪ Pasco ▪ Piura ▪ Puno ▪ San Martín ▪ Tacna ▪ Tumbes ▪ Ucayali 	Historia Clínica

Estado Funcional	escribe el estado de los síntomas y funciones con respecto al estado ambulatorio y la necesidad de atención	Cualitativa	Escala ECOG	Categórica ordinal	ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2	Historia Clínica
Factores de riesgo	Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud	Cualitativa	Tipos de exposición	Categórica nominal	1. Inicio temprano de las relaciones sexuales. 2. Mayor número de parejas sexuales. 3. Historia de infecciones de transmisión sexual.	Historia Clínica
Clasificación citológica	Cambios observados en la muestra citológica en función del pronóstico y orientación terapéutica	Cualitativa	Clasificación WHO	Categórica nominal	1. Adenocarcinoma 2. Carcinoma Epidermoide	Historia Clínica
Compromiso ganglionar	Tipo de compromiso ganglionar pélvico o para aórtico.	Cualitativa	Clasificación TNM FIGO 2018	Categórica nominal	1. Pélvico 2. Para aórtico	Historia Clínica
Estadio Clínico	Grado de diseminación del cáncer.	Cualitativa	Clasificación TNM FIGO 2018	Categórica ordinal	IIIA IIIB IIIC IVA	Historia Clínica
Sobrevida global	Tiempo de vida desde el diagnóstico hasta la muerte por cualquier causa, en números enteros.	Cuantitativa	Tasa a 3 años	Numérico razón	1 al 100	Historia Clínica
Sobrevida libre de progresión	Tiempo libre de enfermedad desde el inicio de tratamiento hasta la progresión, en números enteros.	Cuantitativa	Tasa a 3 años	Numérico razón	1 al 100	Historia Clínica
Tasa de respuesta	Respuesta alcanzada luego de tratamiento instaurado.	Cuantitativa	Criterios RECIST	Numérico razón	Respuesta parcial Respuesta completa. Enfermedad estable	Historia Clínica
Recaída loco regional	Recurrencia o progresión dentro de la pelvis según lo informado por tomografía computarizada o resonancia magnética.	Cualitativa	Localización enfermedad	Categórica nominal	1. Ausente 2. Presente	Historia Clínica
Recaída a distancia	Recurrencia o progresión fuera de la pelvis según lo informado por la tomografía computarizada, la resonancia magnética o gammagrafía ósea.	Cualitativa	Localización enfermedad	Categórica nominal	Ausente Presente	Historia Clínica
Toxicidad	Eventos adversos que aparecieron durante o posterior a tratamiento con quimio o radioterapia.	Cualitativa	Clasificación CTCAE v5	Categórica ordinal	Toxicidad hematológica Toxicidad neurológica Toxicidad digestiva Toxicidad renal Toxicidad vías urinarias Toxicidad dermatológica	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio cuantitativo es observacional, analítico, retrospectivo y transversal.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron tratamiento de quimio radiación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante los años 2017 a 2021.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Pacientes mayores de 18 años y menores de 70 años.

ECOG 0-2

Pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino EC III y IVA por FIGO 2018, histología adenocarcinoma y carcinoma epidermoide, con tomografías tórax, abdomen y pelvis con contraste o RMN abdomen inferior de diagnóstico y tratamiento previo de quimio radiación concurrente de manera regular.

De exclusión

Pacientes tratados o parcialmente tratados en otra institución.

Los tratados con quimio radiación incompleta, diagnosticados con otra neoplasia sincrónica, enfermedad a distancia al diagnóstico, embarazadas o en lactancia, tratamiento solo con radioterapia, neuropatía severa de inicio, enfermedad renal crónica, antecedente de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, miocarditis o

enfermedad valvular congénita o adquirida, infecciones graves o incontroladas, tratamiento concomitante con cualquier fármaco experimental y enfermedades mentales.

Tamaño de la muestra

Se determinará utilizando la siguiente fórmula muestral para estudios descriptivos.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}$$

Donde:

Z es el nivel de confianza al 95% igual a 1.96

p proporción estimada de sobrevivida por estudios anteriores 90.8% (7).

q=1-p

E es el error absoluto para el estudio que es igual al 5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.908 * 0.092}{0.05^2}$$

$$n = 128.7 \text{ aprox } 129$$

Se trabajará finalmente con un mínimo de 129 historias clínicas.

Muestreo

Se realiza la solicitud de todas las historias clínicas al departamento de Epidemiología de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino localmente avanzado dentro de los estadios clínicos III – IVA, luego se revisará cada una para definir al participante que ingresará al estudio. Muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos, se usarán fuentes secundarias, como son las historias clínicas. Para la obtención de estas, se solicitará autorización al área de Epidemiología, el cual nos entregará una lista de historias clínicas. Posteriormente, dos personas previamente capacitadas, mediante los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionarán la muestra que ingresará al estudio. Posteriormente, se llenará una ficha de registro de datos. Esto se realizará durante los meses de abril a mayo de 2022.

5 Procesamiento y análisis de datos

Se utilizará una laptop DELL Inspiron 14 3458, procesador INTEL, core i5 y el programa estadístico será SPSS v20. Se realizará un análisis descriptivo de información a través de frecuencias y porcentajes para el caso de variables cualitativas y medidas de resumen como promedio, mediana, rango, para las variables cuantitativas.

Para los datos categóricos, se utilizará prueba de chi- cuadrado con $p < 0.05$. Las curvas de supervivencia para SG, SLP y tasa de respuesta, se realizarán mediante el método Kaplan-Meier. La comparación mediante la prueba de rango logarítmico.

1.5 Aspectos éticos

Este estudio no requiere consentimiento informado de los participantes. Se someterá a la aprobación del Comité Revisor de Proyectos de Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Los datos obtenidos se usarán exclusivamente con fines académicos de investigación y se respetará la confidencialidad de la información obtenida en todo momento, desde la recopilación, almacenamiento y tratamiento de datos, hasta la difusión de los resultados del estudio. No se publicará información alguna relacionada con la identidad de los participantes.

CRONOGRAMA

Fases	2022-2023											
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Redacción final del plan de investigación	X	X	X									
Aprobación del plan de investigación				X								
Recolección de datos					X	X						
Procesamiento y análisis de datos							X					
Elaboración del informe								X				
Correcciones del trabajo de investigación									X			
Aprobación del trabajo de investigación										X	X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	400.00
Adquisición de software	900.00
Internet	300.00
Impresiones	400.00
Logística	300.00
Traslados	1000.00
TOTAL	3300.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sung H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN. Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49.
2. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2017;28:72-83.
3. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer. version 1.2022. [Internet] 2022. [acceso 19 de diciembre 2021]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf
4. INEN. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana: Incidencia y Mortalidad 2013 - 2015. [Internet] 2022. [acceso 6 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/REGISTRO-DE-CANCER-DE-LIMA-METROPOLITANA-2013-2015.pdf>.
5. Pandya T, Suhag V, Ranjan S, Sunita BS, Pandya S. Toxicity profile of double-agent adjuvant chemotherapy after concurrent chemoradiation and brachytherapy in locally advanced cervical cancer: Comparison with standard chemoradiation protocol. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*. 2019;40(5):6.
6. INEN. Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2009 - 2018. [Internet] 2022. [acceso 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>
7. Mabuchi S, et al. Chemoradiotherapy followed by consolidation chemotherapy involving paclitaxel and carboplatin and in FIGO stage IIIB/IVA cervical cancer patients. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2016; 28 (1).
8. Hashemi FA. Adjuvant chemotherapy following definitive chemo radiation in patients with locally advanced cervical cancer: A phase II clinical trial. *Annals of Oncology*. 2017;28:90.

9. Chen S, et al. Comparison of Concurrent Cisplatin Chemoradiotherapy Plus Adjuvant Chemotherapy Versus Concurrent Chemoradiotherapy Alone in Locally Advanced Cervical Cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2019;105(1):52.
10. Yavas G , et al. Carboplatino y paclitaxel adyuvante después de cisplatino y radioterapia concurrentes en pacientes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado. *Revista Internacional de Cáncer Ginecológico* 2019; 29:42-47.
11. Queiroz ACM, et al. Risk factors for pelvic and distant recurrence in locally advanced cervical cancer. *European Journal of Obstetrics and amp; Gynecology and Reproductive Biology*. 2019: 1-26.
12. Fabri VA, et al. The Impact of Addition of Consolidation Chemotherapy to Standard Cisplatin-Based Chemoradiotherapy in Uterine Cervical Cancer: Matter of Distant Relapse. *Journal of Oncology*. 2019;2019:1-9.
13. Yuan Y, You J, Li X, Wang W. Adjuvant chemotherapy after radiotherapy or concurrent chemoradiotherapy for pelvic lymph node-positive patients with locally advanced cervical cancer: a propensity score matching analysis. *Inter J Gynecol Cancer*. 2020;0:1-7.
14. Kou L, Zhang T, Peng S, Wang Y, Yuan M, Li M. Adjuvant chemotherapy after concurrent chemoradiation therapy for locally advanced cervical cancer. *JCO*. 2020;38(15):6031-6031.
15. Rave A, et al. Effect on overall survival of adjuvant chemotherapy in locally advanced cervical cancer (LACC). *Inter J Gynecol Cancer*. 2021;31:A28.
16. Mileskin L, et al. Adjuvant chemotherapy following chemoradiation as primary treatment for locally advanced cervical cancer compared to chemoradiation alone: The randomized phase III OUTBACK Trial (ANZGOG 0902, RTOG 1174, NRG 0274). *Journal of Clinical Oncology*. 2021;39(18).
17. Horeweg N, Mittal P, Gradowska P, Boere I, Chopra S, Nout R,. Adjuvant Systemic Therapy after Chemoradiation and Brachytherapy for Locally

Advanced Cervical Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*. 2021;13:1880.

18. Atci MM, Akagunduz B, Demir M, Yilmaz BD, Telli TA, Can O, et al. Effect of Adjuvant Chemotherapy in Stage III Cervical Cancer Patients Treated with Concurrent Chemoradiation: A Multicenter Study. *ORT*. 2022;1-7.
19. Wu N, Su X, Song H, Li Y, Gu F, Sun X, et al. A Multi-Institutional Retrospective Analysis of Oncologic Outcomes for Patients With Locally Advanced Cervical Cancer Undergoing Platinum-Based Adjuvant Chemotherapy After Concurrent Chemoradiotherapy. *Cancer Control*. 2021;28.
20. Zhong L, Li K, Song L, Yin R. The effect of consolidation chemotherapy after concurrent chemoradiation on the prognosis of locally advanced cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*. 2022;1-8.
21. Serkies K, Jassem J. Systemic therapy for cervical carcinoma – current status. *Chin J Cancer Res*. 2018;30(2):209-21.
22. Vora C, Gupta S. Targeted therapy in cervical cancer. *ESMO Open*. 2019; 3 (1): 1-8.
23. Kim HS, Kim M-K, Kim HJ, Han S-S, Kim JW. Phase II Study of Consolidation Chemotherapy after Adjuvant or Primary Concurrent Chemoradiation Using Paclitaxel and Carboplatin to Treat High-Risk Early-Stage or Locally Advanced Cervical Cancer. *Cancer Res Treat*. 2012; 44(2): 97-103.
24. Sorensen JB, Klee M, Palshof T, Hansen HH. Evaluación del estado funcional en pacientes con cáncer. Un estudio de variabilidad interobservador. *Br J Cáncer*. 1993;67(4):773-775.
25. Senado J. Los factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(4): 446-452.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
¿Cuál es la respuesta del cáncer de cuello uterino localmente avanzado a la consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en mujeres jóvenes del Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas (INEN)?	<p>Objetivo general: Analizar la respuesta del cáncer de cuello uterino localmente avanzado a la consolidación con quimioterapia luego de quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en mujeres jóvenes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante periodo 2017 – 2021.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la sobrevida global en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Determinar la tasa de respuesta en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Determinar las toxicidades relacionadas al tratamiento en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con</p>	<p>Hipótesis nula La consolidación con quimioterapia post quimiorradiación en inferior a la quimiorradiación convencional en mujeres jóvenes con cáncer de cuello Uterino EC III – IVA del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo 2017 – 2021.</p> <p>Hipótesis alterna La consolidación con quimioterapia post quimio radiación es superior a la quimio radiación convencional en mujeres jóvenes con cáncer de cuello Uterino EC III – IVA del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo 2017 – 2021.</p>	Observación, de tipo analítico, retrospectivo y transversal	<p>Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino localmente avanzado que recibieron tratamiento de quimio radiación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante los años 2017 a 2021.</p> <p>Procesamiento de datos: Se utilizará una Laptop DELL Inspiron 14 3458, procesador INTEL, core i5 y el programa estadístico será SPSS v20. Se realizará un análisis descriptivo de información a través de frecuencias y porcentajes para el caso de variables cualitativas y medidas de resumen (promedio, mediana, rango), para las variables cuantitativas. Para los datos categóricos, se utilizará prueba de chi-cuadrado. Las curvas de supervivencia para SG, SLP y tasa de respuesta, se realizarán mediante el método Kaplan-Meier. La comparación mediante la</p>	Para la recolección de datos, se usarán fuentes secundarias, como son las historias clínicas. Para la obtención de éstas, se solicitará autorización al área de Epidemiología, el cual nos entregará una lista de historias clínicas. Posteriormente, mediante los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionará la muestra que ingresará al estudio. Posteriormente, se llenará una ficha de registro de datos. Esto se realizará durante los meses de enero a marzo del 2022

	<p>quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Comparar la localización de la recurrencia de enfermedad en mujeres jóvenes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado que recibieron consolidación con quimioterapia luego de la quimio radiación frente a quimiorradiación convencional en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p>			<p>prueba de rango logarítmico.</p>	
--	---	--	--	-------------------------------------	--

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
N.º HC:	
1. Factores sociodemográficos	
Edad: _____ Lugar de procedencia: _____ Estado civil: _____ Nº Hijos: _____	
2. Antecedentes	
Antecedentes Personales: Sí () No () especifique: Antecedentes Ginecológicos: Edad de Menarquia: _____ años Fecha última menstruación: _____ Menopausia: Sí () No () edad () Terapia de reemplazo hormonal: Sí () No () Métodos anticonceptivos: Sí () No () Inicio de relaciones sexuales: edad () Parejas sexuales: < 3 () > 3 () Infecciones de transmisión sexual: Sí () No () Fecha ultimo PAP: _____ Habitos nocivos: Consumo de alcohol: Sí () No () ocasional () Consumo de cigarrillos Sí () No ()	
3. Hallazgos al examen físico	
ECOG (0) (1) (2)	
4. Procedimiento del estudio	
Histología Tumoral: Adenocarcinoma () Carcinoma Epidermoide () Fecha de diagnóstico: _____ Resultados de tomografías: Tamaño del tumor: _____ mm Compromiso vagina: Si () No () especifique: Compromiso parametrios: Si () No () especifique: Compromiso ganglionar: pélvico () para aórtico () Estadaje: T () N () M () especifique:	
5. Tratamiento inicial indicado:	
Fecha inicio: _____ Fecha término: _____ Esquema de Quimioterapia: _____ Ciclos: _____ Dosis de Radioterapia: _____ Fracciones: _____ Localización: _____	
6. Tratamiento de consolidación:	
Intervalo de tratamiento: < 30 días () > 30 días () Fecha inicio: _____ Fecha término: _____ Esquema de Quimioterapia: _____ Ciclos: _____ Toxicidades: Temprana < 6 meses: Si () No () Hematológica: Si () No () especificar tipo y grado: Neurológica: Si () No () especificar tipo y grado: Digestiva: Si () No () especificar tipo y grado: Renal: Si () No () especificar tipo y grado: Vías urinarias: Si () No () especificar tipo y grado:	

<p>Dermatológica: Si () No () especificar tipo y grado: Tardía > 6 meses: Si () No () Hematológica: Si () No () especificar tipo y grado: Neurológica: Si () No () especificar tipo y grado: Digestiva: Si () No () especificar tipo y grado: Renal: Si () No () especificar tipo y grado: Vías urinarias: Si () No () especificar tipo y grado: Dermatológica: Si () No () especificar tipo y grado:</p>
<p>1. Reevaluación enfermedad:</p>
<p>Resultados de tomografías: Tamaño del tumor: ____ cm Compromiso vagina: Si () No () especifique: Compromiso parametrios: Si () No () especifique: Compromiso ganglionar: pélvico () para aórtico ()</p> <p>Respuesta según RECIST: RP () RC () EE ()</p>
<p>2. Progresión enfermedad:</p>
<p>Fecha progresión: Resultados de tomografías: Tamaño del tumor: ____ cm Compromiso vagina: Si () No () especifique: Compromiso parametrios: Si () No () especifique: Compromiso ganglionar: pélvico () para aórtico ()</p> <p>Recurrencia: loco regional () distancia () Fecha fallecimiento: _____</p>