



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y SOBREVIVENCIA  
EN JÓVENES Y ADULTAS CON CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLÁSICAS 2008-2012**

PRESENTADA POR

MARCO ANTONIO MANRIQUE GRANDA

ASESOR

DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
ONCOLÓGICA

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial  
CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y SOBREVIDA EN  
JÓVENES Y ADULTAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
2008-2012**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA ONCOLÓGICA**

**PRESENTADO POR  
MARCO ANTONIO MANRIQUE GRANDA**

**ASESOR  
DR JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**LIMA, PERÚ  
2018**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones de términos básicos	19
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Tipos y diseño	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	23
4.4 Procesamiento y análisis de datos	24
4.5 Aspectos éticos	24
<b>CRONOGRAMA</b>	25
<b>PRESUPUESTO</b>	26
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	27
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema.

El cáncer en general y en especial el cáncer de cuello uterino (CCU) son un problema de salud pública mundial. A nivel mundial anualmente se presentan 490,000 nuevos casos de mujeres con CCU; de las cuales mueren por lo menos 270,000 al año. Cabe resaltar que el 85% de las pacientes afectadas viven en países poco desarrollados. En el mundo la incidencia del CCU está concentrada en el hemisferio sur; hemisferio que concentra una cantidad mayor de países en vías de desarrollo, en comparación con el hemisferio norte. La tasa de incidencia del CCU más elevada está en América del Sur, con 71.000 casos/año; en África, 78.000 casos/año; luego la India y el sudeste asiático, con 260.000 casos/año <sup>(1)</sup>. Contrariamente la incidencia más baja se da en población de países en desarrollo como EEUU, Europa y Australia. Las tasas de mortalidad por CCU muestran disparidad entre aquellos países poco desarrollados y los desarrollados, en los poco desarrollados muere una quinta parte de las mujeres que mueren en los países desarrollados. Este es un ejemplo típico que resalta la diferencia en los sistemas de atención de la salud entre países desarrollados y los menos desarrollados en general.

En el mundo, el CCU, se encuentra también entre las primeras causas de *años de vida perdidos ajustados por discapacidad* por neoplasias malignas en mujeres (3er lugar). En América latina ocupa el 2do lugar de los cánceres más frecuentemente diagnosticados en personas de sexo femenino. Entre aquellas con edad menor a 40 años, es también la causa principal de muerte relacionada a cáncer y no solo la

neoplasia con mayor incidencia; por ello la importancia de su estudio en dicho grupo etario <sup>(2)</sup>. El cáncer cérvico-uterino sigue teniendo enormes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, y en especial para los países en desarrollo. Un motivo importante que explica por qué la incidencia del cáncer cérvico-uterino es mayor en los países pobres es la falta de programas de tamizaje eficaces.

En el Perú, es el cáncer más frecuente en las mujeres y la segunda causa de muerte, con 4 636 nuevos casos al año y 1715 mujeres fallecidas anualmente hasta el 2012 <sup>(3)</sup>. Afecta principalmente a mujeres entre los cuarenta y cincuenta años de vida, con un promedio de 48 años de edad al diagnóstico, sin embargo existen datos epidemiológicos que describen que actualmente las cifras de CCU están incrementando sobretodo en los grupos de menor edad <sup>(4)</sup>.

El CCU, según el Ministerio de Salud del Perú <sup>(5)</sup>, tiene una incidencia que se refleja en una curva que demuestra un crecimiento exponencial a partir de los 35 a 39 años de edad y un pico máximo a los 55 años. El cáncer de cuello uterino es una muestra de la inequidad existente en el acceso a la atención médica en el Perú y el mundo. Aunque se trata de una enfermedad prevenible, constituye un problema importante de salud pública en los países más pobres, justamente donde se producen la mayoría de los casos (80%), por ejemplo el nuestro.

Lo resaltante del CCU es que se trata de un tipo de neoplasia altamente prevenible, que afecta principalmente a mujeres pobres, en países en vías de desarrollo, donde la inversión en salud y en medidas de prevención de enfermedades es escasa, por

ello es un tema importante en nuestro país, donde los programas de tamizaje son pocos y el acceso a ellos es difícil.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las características clínico-patológicas y sobrevida en pacientes jóvenes y adultas con cáncer de cuello uterino admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo 2008-2012?

## **1.3 Objetivos**

### **a) Objetivo general**

Comparar las características clínicas, patológicas y factores de sobrevida relacionados al pronóstico de pacientes jóvenes y adultas con cáncer de cérvix admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2008-2012.

### **b) Objetivos específicos**

Identificar las características clínicas, patológicas y factores de sobrevida relacionados al pronóstico de pacientes jóvenes con cáncer de cérvix.

Identificar las características clínicas, patológicas y factores de sobrevida relacionados al pronóstico de pacientes adultas con cáncer de cérvix.

## **1.4 Justificación**

El cáncer invasor del cuello uterino (CCU) es uno de los problemas más serios de salud pública en el Perú y el mundo, con una incidencia que incrementa cada año.

En América Latina, las mayores tasas de incidencia se presentan en Perú, Brasil y

Costa Rica. El CCU, a pesar de ser una enfermedad altamente prevenible, continúa siendo un problema de salud pública en las regiones menos desarrolladas, en donde se producen más del 80% de los casos <sup>(6)</sup>.

Cabe resaltar que existen, por parte de diferentes instituciones de salud, programas preventivos para disminuir la tasa de CCU, además se cuenta con la vacuna contra el virus del papiloma humano, la cual actualmente forma parte del esquema de vacunación nacional, sin embargo, a pesar del esfuerzo que hace el Gobierno e Instituciones afines, la incidencia de CCU sigue en incremento.

Se ha descrito en diferentes textos que el cáncer cervical en mujeres jóvenes posee características más agresivas en comparación con pacientes adultas. Así también, diferentes autores concuerdan en que el tipo histológico más frecuente en pacientes jóvenes es distinto al de las pacientes mayores, sin embargo hay otra bibliografía, también válida, que describe que la edad en sí no afecta la sobrevida <sup>(7)</sup>. En vista de la distinta información con que se cuenta, este estudio es importante para demostrar con la casuística del Instituto Nacional de Enfermedades que tal vez la edad sea un factor determinante en el pronóstico y sobrevida de las pacientes afectadas. Resultados que serán válidos para otras investigaciones futuras de mayor extensión o de diseños más complejos.

Este estudio busca establecer las características clínicas y patológicas que podrían determinar la sobrevida y establecer factores de riesgo relacionados con el pronóstico en pacientes jóvenes afectadas en comparación a las pacientes adultas portadoras de CCU que fueron admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades



Neoplásicas (INEN), centro de referencia nacional para el manejo de neoplasias, con el fin de evaluar el contexto clínico y epidemiológico de este cáncer en el Perú.

Considerando que no existe ningún trabajo que compare el comportamiento del CCU en pacientes jóvenes y adultas, a pesar de la alta incidencia de esta neoplasia en nuestro país; se realizará el presente estudio para determinar las características clínicas y patológicas del CCU comparando ambos grupos etarios, además de los factores pronósticos que afectan el comportamiento de la enfermedad, generando de esta manera nuevos conocimientos para un mejor abordaje de esta patología que tanto afecta a los países en desarrollo como el nuestro.

### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El presente estudio es viable, se cuenta con la autorización de la Jefatura del Departamento de Medicina Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas para la recopilación de datos y ejecución del presente proyecto. La recopilación de datos se hará mediante la aplicación de un formulario, sin intervención directa de los pacientes. Para la presentación de los resultados no se colocarán los nombres de las participantes o algún dato personal que las identifique. No existe conflicto de intereses ni problemas éticos en la realización de este proyecto.

Asimismo, este estudio es factible. Los recursos financieros y materiales necesarios para la realización del estudio son propios del investigador. El tiempo programado para la recolección y procesamiento de datos es suficiente para la conclusión del proyecto. Se tiene acceso a tecnología informática actual para el desarrollo de la

estadística descriptiva y tabulaciones. Tanto el investigador como el asesor cuentan con experiencia en estudios de investigación de este tipo.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En 2014, en Ica-Perú, Ybaseta et al., realizaron un estudio de serie de casos entre los pacientes con CCU del Nosocomio Sta. María del Socorro en la región de Ica. La población estuvo conformada por 27 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos como inclusión (biopsia cervical con resultado positivo para NM de cérvix). Las características encontradas con mayor frecuencia entre las pacientes fueron edad media de  $47,2 \pm 8.7$  años; sobre los 35 años: 77,8%; educación: colegio secundario: 48,2%; domicilio urbano 70,4%, socioeconómico: nivel *medio*: 44,5%. En cuanto a los resultados de patología, se encontraron 25,9% carcinomas invasivos y 74,1% de LIE de alto grado (lesiones intraepiteliales). El perfil ginecológico observado predominantemente fue: multigestas (59,3%), multíparas (55,6%) y menarquía >15 años (25,9%). La clínica más frecuente fue el sangrado postcoital (29,2%). En relación a los antecedentes familiares, el 7,4% presentó antecedentes de importancia, y el 85,2% de mujeres no tuvieron previos controles con Papanicolau (PAP). Se concluye en que el CCU es una neoplasia que tiene muchos factores tanto clínicos, como epidemiológicos, es importante desarrollar en la población una basta cobertura de prevención y diagnóstico de enfermedades preneoplásicas y neoplásicas periódicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno <sup>(8)</sup>.

En 2006, en Bucaramanga-Colombia, Castro Jiménez et al, describieron al cáncer infiltrante de cérvix como una neoplasia que constituye un importante tema a resolver en el ámbito de la salud pública en aquellos países que se encuentran en

vías de desarrollo. Hay literatura que describe la relación existente entre el grado de displasia y la posible respuesta al tratamiento, entonces es más grande la probabilidad de progresión a cáncer en las displasias moderadas y severas; así también será menor la posibilidad de regresión a la normalidad dependiendo del grado de displasia, es decir, será menor en las displasias moderadas y severas, en comparación con las leves. Hay distintos estudios que se han hecho para identificar vacunas, que se puedan usar en el campo de la prevención. El pronóstico depende principalmente de las características de la mujer que padece la enfermedad, además del tipo de neoplasia y del esquema utilizado como tratamiento. Otro factor que influye en el pronóstico es la demora en determinar el tipo de tratamiento a recibir y el inicio de este. A pesar de la existencia de programas de tamizaje, que previamente han demostrado disminuir los valores de incidencia y mortalidad por CCU, es importante que en las regiones en desarrollo se garantice el presupuesto para implementar dichos programas y cumplir de esta manera con sus objetivos <sup>(9)</sup>.

En 1999, en La Habana-Cuba, Rodríguez Salvá et al., realizaron una investigación tipo casos y controles para identificar grupos que posean riesgo alto de padecer cáncer cérvicouterino. Seleccionaron 67 pacientes diagnosticadas con CCU durante el los años 1995 y 1996; como controles, 134 mujeres sanas de edades similares, pero con resultados negativos en la prueba citológica. En relación a los factores de riesgo, se establecieron que la pobre o mínima escolaridad, el inicio de las relaciones sexuales a una edad precoz, un embarazo temprano, la multiparidad, la frecuencia con que se cambia la pareja sexual y el número de parejas sexuales que se hayan tenido, el uso de medidas de anticoncepción, los contraceptivos en pastillas, el sexo anal y el sexo llevado a cabo durante la regla o menstruación,

además del tabaco; todos fueron factores de riesgo para contraer CCU. Además se establecieron como factores que protegen de contraer CCU el uso del preservativo y el control citológico periódico <sup>(10)</sup>.

En 2007, en Medellín-Colombia, García-Soto et al., llevaron a cabo un estudio retrospectivo, en el que incluyeron pacientes mujeres adultas portadoras de neoplasia maligna de cérvix. Buscaron describir las características sociodemográficas de las mujeres diagnosticadas de neoplasia maligna de cervix en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP), en los años 1997-2002. Par tal efecto se incluyeron 735 mujeres afectadas, que provenían de 11 de los departamentos de la nación Colombia. Obtuvieron los siguientes resultados, el 20,6% no contaba con ningún grado de escolaridad; en su mayoría eran de condición humilde y estrato social bajo. El 24,5% de las afectadas nunca tuvo acceso a la realización de citología cérvico-vaginal, método principal de screening. Además cabe resaltar que una quinta parte (20%) de las mujeres parte del estudio fueron diagnosticadas en estadio clínico I según la clasificación TNM. Concluyendo, al analizar los datos, que existía entre la mayoría de las afectadas un bajo nivel económico, tasa de escolaridad escasa, pobre acceso a estudios de screening en todos los niveles de atención y un evidente predominio de estadíos clínicos avanzados al momento del diagnóstico <sup>(11)</sup>.

En 2012, en Asunción-Paraguay, Páez M et al, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el fin de investigar acerca del VPH - virus del papiloma humano - y su rol en la génesis del cáncer de cérvix uterino, en este estudio participaron mujeres pertenecientes a 12 Unidades de Salud Familiar de Bañado

Sur-Asunción, entre el periodo que inicia en abril y finaliza en octubre 2012. El cáncer de cuello uterino es una de las mayores preocupaciones en el sistema de salud en Paraguay. Esta encuesta se realizó entre mujeres con edad promedio de 42 años, la mayoría de ellas manifestó vivir en unión libre o estar casadas (70%); el 65% de ellas tienen educación media, el 56% tienen como ocupación su casa. El 83% cuentan con seguro médico; el 78% anteriormente había escuchado sobre CCU, de ellas, el 74% lo hicieron en algún hospital. Sólo un 10% dijo conocer el virus y relacionarlo con la enfermedad, un 90% escuchó comentar alguna vez sobre el Papanicolaou, pero sólo el 27% de las encuestadas reconoce entender el porqué del examen; mostraron una actitud favorable el 90%. Como conclusión esta investigación permitió reconocer que la percepción que se tiene del CCU no es el adecuado, si bien este estudio se limita a un barrio marginal de Paraguay, los conocimientos son escasos respecto al virus en particular, como principal factor de riesgo y a la enfermedad en general, en el contexto del conocimiento del tema entre las mujeres encuestadas <sup>(12)</sup>.

En 2010, en Camaguey-Cuba, Cartaya Olano et al., realizaron una investigación en mujeres tanto jóvenes como adultas que pertenecían al establecimiento de salud Ignacio Agramonte, durante el 2008. La población a estudiar fueron 197 mujeres, aplicando un muestreo probabilístico, a 55 pacientes, previa firma de consentimiento, se realizó una encuesta sobre la edad de inicio del sexo, presencia de factores de riesgos asociados al CCU y el conocimiento sobre el control citológico periódico. Se identificó que el 83,6% de las encuestadas tuvo su primera experiencia sexual antes de la edad de 16, además que existe gran frecuencia de ITS - infecciones de transmisión sexual (81.8%) y múltiples compañeros sexuales

(74.5%). El 63.6% fue capaz de aceptar que acudían a control citológico en un tiempo no menor a 3 años y el 14.5% lo hacía aproximadamente cada 180 días. Concluyeron que el descubrimiento de su sexualidad se dio, en gran número de afectadas, poco después de los 15 años, además existe gran falta de conocimiento acerca de aquellos factores que pudieran influir en el riesgo de adquirir CCU y de la gran importancia de realizar con la debida frecuencia la prueba de control citológico <sup>(13)</sup>.

En 2017, en Venezuela, *Montesino et al.*, realizaron un estudio de tipo observacional para identificar factores de riesgo tanto de tipo biológicos, como de conducta que se relacionan con positividad en control citológico cervical en 872 mujeres durante el año 2015. Encontrando que del total de las pacientes estudiadas, 45% pertenecía al conjunto etario de 35 a 44 años, mujeres con historia familiar de neoplasias (61,6%) y con historia de varias gestaciones 74%. Infección de torrente sanguíneo (ITS), como antecedente, se presentó en 70,9% de las participantes; HPV como causa en el 58,5%, promiscuidad como factor de riesgo conductual se presentó en el 62,5%. La citología más frecuente fue neoplasia intraepitelial cervical grado II, hallado hasta en el 46% de las mujeres estudiadas. Concluyendo en que hubo un predominio de resultados citológicos anormales en las mujeres, con antecedentes familiares de cáncer y multíparas correspondientes al grupo etario de 35-44 años <sup>(14)</sup>.

## **2.2 Bases teóricas**

El tumor maligno de cérvix es una de las enfermedades neoplásicas más frecuentes a nivel mundial, la WHO (World Health Organization) y la IARC (International Agency for Research in Cancer) estiman que cerca de 1% de la mortalidad en mujeres en general se debe al cáncer de cérvix y que casi un 80% ocurren en regiones en poco desarrolladas, que incluyen a Latinoamérica y el Caribe. De acuerdo a GLOBOCAN 2008, el CCU, es el segundo cáncer más frecuente en regiones en con poco desarrollo y el décimo en regiones más desarrolladas <sup>(15)</sup>.

El Perú se ubica en el tercer lugar de incidencia en Latinoamérica y el Caribe, luego de Haití y Bolivia; es la neoplasia más frecuente en el sexo femenino en el Perú y ocupa el segundo lugar en Lima de acuerdo al registro de neoplasias en Lima Metropolitana 2004-2005.

### **Factores de riesgo del cáncer de cérvix.**

Tiene mayor incidencia en mujeres de raza africana y en latinoamericanas, nivel socioeconómico bajo, tabaquismo, multiparidad, relaciones sexuales que inician a edad precoz, gran número de parejas sexuales, antecedentes de ETS y enfermedades que predisponen a inmunosupresión crónica (Diabetes Mellitus, VIH, entre otras). La infección, mediante transmisión sexual del virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor que predispone al desarrollo de la neoplasia maligna de cérvix. No es un solo virus, es un grupo de virus, según el tipo, algunos causan solamente una forma de crecimiento benigna llamada “papilomas”, a dichos virus se les clasifica como de bajo riesgo, en otras palabras bajo riesgo de malignidad, esto debido a que es rara su asociación con el cáncer. Existen también



los denominados VPH de alto riesgo, por ejemplo los serotipos 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 68, 73 y 82. Son considerados de alto riesgo porque están relacionados con la diferenciación neoplásica del cérvix uterino, además son también factor de riesgo para desarrollar neoplasia maligna de vagina y de vulva en mujeres. El VPH también afecta a los hombres, puesto que constituye factor de riesgo para la neoplasia maligna de pene, debido al tipo histológico presente; así también en los tumores malignos de boca, garganta y ano en ambos sexos. Los serotipos PVH 16 y PVH 18 son los que se encuentran en más de 80% de casos de pacientes con cáncer<sup>(16)</sup>.

La infección por VPH es común, cerca del 75% de las personas en edad reproductiva lo tienen, el factor más importante para adquirir el VPH es el número de parejas sexuales, es generalmente asintomática y solo el 20% de las personas desarrollan lesiones premalignas y un pequeño porcentaje puede evolucionar a cáncer. La inmunización existente tiene el objetivo de prevenir la persistencia de la infección de los VPH de alto riesgo, la idea es prevenir de manera específica la neoplasia maligna del cérvix. Se sabe que la reducción de la frecuencia CCU en países desarrollados, se obtuvo luego de una crear conciencia en la población sobre la importancia de la evaluación periódica efectiva y la inmunización contra HPV (Gardasil o Cervarix) las cuales están aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration) de EEUU, con el objetivo de impedir que la infección se haga persistente, con ciertos tipos de VPH y de esta manera evitar el desarrollo del CCU mediado por la infección de HPV de alto riesgo, por ello este es considerado como el principal factor dentro de aquellos que intervienen en la génesis del cáncer de cuello uterino<sup>(17)</sup>.

### **Histología del cáncer de cérvix.**

El 80% de las pacientes con cáncer de cérvix son de histología de carcinoma de células escamosas, seguido del adenocarcinoma cervical, que constituye el 15% de los casos. Otros, mucho menos frecuentes, son los carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos, que constituyen 5% aproximadamente <sup>(18)</sup>.

### **Pronóstico del cáncer de cérvix.**

Los factores pronósticos más importantes son el tipo histológico principalmente - el tipo escamoso posee mejor pronóstico que el tipo adenocarcinoma - además tenemos la afectación de los ganglios linfáticos, la infiltración del tejido vascular o vasos linfáticos, grado de invasión a profundidad, compromiso a los parametrios y presencia de márgenes positivos luego de intervención quirúrgica <sup>(19)</sup>.

Estos factores confieren mayor riesgo de recaída y menos supervivencia, por lo que en estos pacientes se debe valorar indicar tratamiento adyuvante con quimio-radioterapia. Una cifra de hemoglobina baja, es decir la presencia anemia es también un factor de riesgo que incrementa el número de recidivas de enfermedad, principalmente a nivel local (pelvis), en aquellas pacientes que recibieron tratamiento en base a quimioterapia y radioterapia concurrente. Cabe aclarar que para recibir tratamiento con quimioterapia y radioterapia concurrente se trata de pacientes que no fueron candidatas a cirugía de inicio, debido a un estadio clínico avanzado.

### **Estadaje del cáncer de cérvix:**

El más utilizado es el establecido por el sistema de clasificación que propone la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), cuya característica principal es ser predominantemente clínico, basado en la colposcopia, cistoscopia, proctosigmoidoscopia. Estudios de mayor complejidad como tomografía, RMN o PET/CT no son contemplados por la FIGO, ya que tienen poca disponibilidad en los países con bajos recursos; sin embargo, muchas veces son utilizados para guiar una mejor valoración de la extensión de enfermedad y planteamiento de opciones terapéuticas <sup>(20)</sup>. El esquema actualmente utilizado es el de la FIGO del 2009, el cual se integra con el sistema T-N-M (T: tumor, N: compromiso nodular y M: presencia de metástasis) de la AJCC (American Joint Committee on Cancer), con la excepción que no existe estadio clínico 0 <sup>(21)</sup>.

Otro aspecto a considerar es que clasificación FIGO no se modifica con la invasión del tejido linfovascular, sin embargo es un importante factor pronóstico a considerar. Así también, actualmente son incluidas en el estadio clínico T1b/IB a todas aquellas lesiones que sean visibles macroscópicamente <sup>(22)</sup>.

### **Tratamiento del cáncer de cérvix.**

Va a depender básicamente del estadio clínico y es clásicamente la cirugía y la radioterapia para los estadios clínicos tempranos. La cirugía está reservada para los estadios tempranos o que se presenten con tumoraciones pequeñas como lo son EC IA, IB1 y, en casos seleccionados, en IIA. La quimio radioterapia está indicada para los estadios IB2 a IVA. La quimioterapia sola, está indicada para los estadios clínicos avanzados, EC IV B o recurrentes.

*EC IA1:* El tratamiento quirúrgico en este estadio puede variar dependiendo del deseo de conservar o no la fertilidad. En el caso que exista la intención de concebir posteriormente, se puede realizar conización sin linfadenectomía ya que el riesgo del compromiso ganglionar es menor del 1%. En caso de existir márgenes comprometidos o invasión del espacio linfoscular deberá ampliarse la cirugía a una traquelectomía con disección ganglionar. Si no se necesita preservar la fertilidad se recomienda realizar histerectomía simple sin disección ganglionar y en el caso de que haya infiltración del espacio linfoscular o márgenes quirúrgicos positivos ampliar a histerectomía radical modificada con disección ganglionar.

*EC IA2:* Para las pacientes que deseen conservar la fertilidad se puede realizar biopsia por conización o histerectomía extrafacial, en caso de presentar infiltración del espacio linfoscular, está indicada la traquelectomía radical con disección ganglionar pélvica y muestreo para aórtico opcional. La radioterapia pélvica con braquiterapia de baja tasa es una opción para aquellos pacientes que rechacen cirugía o no estén en condiciones de ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.

*EC IB1 – IIA1:* Se recomienda realizar histerectomía radical con disección pélvica ganglionar, lo que permanece en discusión es el muestreo para aórtico. Otra opción es la radioterapia pélvica con braquiterapia, Estos estadios pueden ser tratados ya sea por cirugía o radioterapia, ya que las dos modalidades logran resultados equivalentes, pero con diferentes perfiles tóxicos. Se realizó un estudio que comparaba directamente cirugía vs radioterapia, el cual mostró similares resultados (SG, SLP); sin embargo aproximadamente el 60% de los pacientes del brazo de

cirugía recibió radioterapia posteriormente por factores de riesgo, evidenciando en este grupo mayor morbilidad <sup>(23)</sup>.

*EC IB2 – IVA:* Históricamente la radioterapia ha sido el principal tratamiento administrado a las pacientes con cáncer de cérvix localmente avanzado, logrando tasas de control local de 88%-95% para ECIB; 70-80% para estadios IIB y 30%-40% para estadios III y tasas de sobrevida a los 5 años que van desde más de 80%, disminuye a 65% para EC IIB y 40% para EC III y a menos de 10% para los EC IV. En estos estadios el manejo cambia, y la mejor opción es la quimio radiación, esto basado en cinco estudios randomizados que lograron que en el año 1999 el INS diera la alerta que recomendaba el uso de quimiorradiación en las pacientes con EC Ib2 al IVA, ya que incrementaba la sobrevida global. Algunos recomiendan que en los estadios EC IB2 – IIA2 se realice la disección ganglionar, si esta es negativa la paciente debe ir a cirugía radical y en caso de tener ganglios positivos someterse a quimio radiación. Hay datos que indican que la cirugía adyuvante luego de la quimio radiación puede incrementar el control local pero no la sobrevida y tiene como costo alta tasa de morbimortalidad, por lo que solo se recomienda como rescate en lesiones centrales <sup>(24)</sup>.

*EC IVB -Enfermedad avanzada:* Para las pacientes con enfermedad a distancia la quimioterapia basada en sales de platino es el tratamiento de elección; en el estudio GOG169 se comparó cisplatino como agente único vs cisplatino-paclitaxel en pacientes metastásicas, recurrentes o con enfermedad persistente, se observó que aquellas que recibieron la dupleta lograron mejores tasas de respuesta, incremento en la sobrevida libre a la progresión y mejor calidad de vida. Posteriormente en el

GOG204 se compararon 04 combinaciones con cisplatino; no se observó diferencia significativa entre usar cisplatino-paclitaxel; cisplatino-topotecan; cisplatino gemcitabina y cisplatino vinorelbine <sup>(25)</sup>.

El régimen de carboplatino-paclitaxel demostró su utilidad en un estudio de no inferioridad versus cisplatino-paclitaxel (JCOG0505) y es el tratamiento de elección en primera línea tras haber demostrado ser más tolerable y menos complicado para su administración <sup>(26)</sup>.

Recientemente en el GOG 240 se evaluó la adición de bevacizumab en primera línea de tratamiento, con evidencia de incremento en la supervivencia, 17 vs. 13,3 meses, sin embargo debe evaluarse el riesgo de sus efectos adversos ya que puede producir eventos tromboembólicos, fistulas <sup>(27)</sup>.

En situaciones individualizadas se debe valorar el uso de radioterapia para control pélvico así como para paliación de síntomas. Así mismo en casos seleccionados oligometastásicos a distancia como pulmón u óseo, la resección quirúrgica con o sin radioterapia puede tener algún rol en incrementar el periodo libre a la progresión. Para el seguimiento de la paciente con un carcinoma de cuello de útero, debe considerarse realizar examen físico periódico y análisis de hemograma y función renal cada tres a seis meses por 2 años, luego cada seis a doce meses del 3er al 5to año, luego anualmente de acuerdo al riesgo de recurrencia. Los estudio de imágenes como tomografías, Resonancia magnética y endoscopias no son realizadas de manera rutinaria, serán solicitados en caso de sospecha clínica.

**Tabla n.º 1: Tratamiento del cáncer de cérvix**

ESTADIO	TRATAMIENTO	SOBREVIDA
IA1	Conización o histerectomía simple ± salpingo- oforectomía y PLND(disección ganglionar pélvica) si LVSI	>95%
IA2	Conización/traquelectomía radical o histerectomía radical modificada y PLND	>95%
IB1	Histerectomía Radical y PLND	80-90%
IB2, IIA	Histerectomía Radical y PLND o quimiorradiación (CT/RT)	80%
IIB	CT/RTcon Cisplatino	65-75%
III	CT/RTcon Cisplatino	30-50%
IVA	CT/RTcon Cisplatino	10-20%
IVB	Quimioterapia (CT)	<5%

Fuente: Wong LC, Ngan HY, Cheung AN et al. Chemoradiation and adjuvant chemotherapy in cervical cancer <sup>(28)</sup>.

### 2.3 Definiciones de términos básicos <sup>(29)</sup> y <sup>(30)</sup>

*FIGO*: Es un sistema de estadificación clínica propuesto por la Federación Internacional de GinecoObstetricia.

*VPH*: Virus del papiloma humano.

*Quimioterapia*: Busca mediante el uso de fármacos citotóxico detener el crecimiento y multiplicación de células cancerosas.

*Radioterapia*: Mediante el uso de radiación de alta energía proveniente de rayos X, rayos gamma, neutrones, protones y otras fuentes, busca destruir células cancerosas y disminuir el volumen tumoral.

*TNM*: Es un sistema de clasificación, basado en el tamaño del tumor (T), la en compromiso nodal (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M), propuesto por la AJCC.

*Conización:* Resección de un pedazo de tejido anormal del cuello uterino en forma de cono.

*Linfadenectomía:* Intervención quirúrgica en el que se extraen los ganglios linfáticos de alguna región del cuerpo.

*Histerectomía:* Procedimiento quirúrgico en el que se extirpa el útero en su totalidad, existen tipos según los tejidos extirpados adicionalmente.

*Estudio clínico:* Tipo de investigación que comprueba si un enfoque médico nuevo funciona bien en las personas.

*Tomografía:* Examen auxiliar que usa una computadora conectada a una máquina de rayos X para observar dentro del cuerpo humano.



## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

La investigación no posee hipótesis por ser un trabajo descriptivo.

### 3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el diagnóstico de Cáncer de cuello uterino	Cuantitativa	Años cumplidos	Razón
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde la presentación inicial de los síntomas o signos atribuibles a la enfermedad hasta el diagnóstico.	Cuantitativa	Meses transcurridos	Razón
Síntomas	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observables de la enfermedad o lo relacionado con ella.	Cualitativa	1. Ginecorragia 2. Dolor pélvico 3. Secreción vaginal	Nominal
Características epidemiológica	Datos epidemiológicos detallados claramente en historia clínica	Cualitativa	1. Lugar de procedencia. 2. Edad de primera menstruación 3. Edad de primera relación sexual. 4. Número de parejas sexuales. 5. Edad al primer embarazo. 6. Número de embarazos. 7. Número de partos. 8. Número de abortos	Nominal
Tipo histológico	Los tipos histológicos se determinaron según la Clasificación de tumores de los órganos reproductivos femeninos OMS 2014.	Cualitativa	1. Carcinoma Escamoso 2. Adenocarcinoma 3. Carcinoma adenoescamoso 4. Glassy cell carcinoma 5. Carcinoma adenoide quístico 6. Carcinoma adenoide basal 7. Neuroendocrino 8. Carcinoma indiferenciado 9. Tumores mesenquimales.	Nominal
Hemoglobina	Valor de hemoglobina sérica al diagnóstico (normal $\geq$ 12 g/dl en mujer peruana)	Cuantitativa	1. Menor de 12 g/dl 2. Valor normal: Mayor o igual a 12 g/dl	Nominal
Creatinina	Valor de creatinina al diagnóstico (rango normal de 48 a 64 mmol/L)	Cuantitativa	1. Rango normal 2. Mayor o igual a 65 mmol/L	Nominal
Estadio clínico	Estadio clínico del cáncer de cuello uterino según la estadificación FIGO 2009	Cualitativa	1. IA1 2. IA2 3. IB1 4. IB2	Ordinal

			5. IIA 6. IIB 7. IIIA 8. IIIB 9. IVA 10. IVB	
Tamaño tumoral	Definido al examen ginecológico, expresado en centímetros.	Cuantitativa	Centímetros medidos	Razón
Compromiso parametrial	Definido al examen ginecológico de acuerdo a la distancia del compromiso	Cualitativa	1. Compromiso de tercio interno 2. Compromiso de tercio medio 3. Compromiso de tercio externo 4. Compromiso de hueso pélvico	Nominal
Hidronefrosis	Se evaluó a través de la evaluación ecográfica o tomográfica abdomino-pélvica	Cualitativa	1. SÍ 2. NO	Nominal
Compromiso ganglionar	El compromiso ganglionar fue tomográfico y se definió como crecimiento mayor de 1cm de los ganglios pélvicos (grupos iliaco y obturador), y/o paraórticos.	Cualitativa	1. SÍ 2. NO	Nominal
Metástasis a distancia	Se estableció la presencia de metástasis a distancia de acuerdo a los hallazgos tomográficos o del examen físico.	Cualitativa	1. SÍ 2. NO	Nominal
Sobrevida global	Tiempo transcurrido hasta la muerte.	Cuantitativa	Meses transcurridos	Razón
Sobrevida libre de progresión	Tiempo transcurrido durante y después del tratamiento en el que el cáncer no crece ni se disemina aún más.	Cuantitativa	Meses transcurridos	Razón

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño**

Cualitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

### **4.2 Población y muestra**

#### **Población:**

Todas las pacientes que cuenten con diagnóstico de cáncer de cuello uterino admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú, entre el 1 de enero del 2008 y el 31 de diciembre de 2012.

*Criterios de inclusión:* Pacientes mujeres con diagnóstico histológico confirmado en la institución de cáncer de cuello uterino.

*Criterios de exclusión:* Pacientes con historias clínicas no disponibles, aquellas que no cuenten con confirmación de diagnóstico patológico en la institución, o que porten lesiones preinvasivas del cuello uterino, o posean otras neoplasias sincrónicas.

#### **Muestra:**

No probabilística.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

Para obtener la información se revisarán las historias clínicas de pacientes portadoras de cáncer de cérvix admitidas entre el 1 de enero de 2008 y 31 de diciembre de 2012, se utilizará una ficha de recolección de datos. (Anexo 1)

#### **4.4 Procesamiento y plan de análisis de datos**

Se empleará la estadística descriptiva, las tablas serán realizadas en el programa de Microsoft Excel en base al tipo de estudio a realizar.

La ejecución del informe final fue realizada en un programa de Microsoft Word.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Se recopiló la información de base de datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, mediante la aplicación de un formulario, sin intervención directa de los pacientes.

Se pidió el consentimiento por escrito a la Institución para el uso de esta información que permitió como beneficio conocer las características epidemiológicas de pacientes jóvenes y adultas con cáncer de cérvix.

En la presentación de los resultados de la información no se colocaron nombres de las participantes o algún dato personal que las identifique con la misma, se estudiaron a las pacientes jóvenes y adultas, tratando de que la selección sea equitativa para la obtención de resultados consistentes.

No existe conflicto de intereses en la realización de este proyecto.

## CRONOGRAMA

Meses	2018											
	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Tareas programadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Redacción final del proyecto de investigación	X	X										
Aprobación del Proyecto de Investigación		X										
Recolección de datos			X	X								
Procesamiento y análisis de datos					X	X						
Elaboración del Informe							X	X	X			
Correcciones del trabajo de Investigación										X	X	
Aprobación del trabajo de Investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

## PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Empastado de tesis	200.00
Impresiones	300.00
Logística	300.00
Traslados	500.00
<b>TOTAL</b>	<b>1500.00</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [Internet] 2013. Extraído el 03 de Agosto 2018. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/GLOBOCAN-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1.0-2012>
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, et al. The Global Burden of Cancer 2013. JAMA Oncol; 1(4):505-27. [Internet] 2015. Extraído el 25 de Julio 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26181261>
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos. [Internet]. Extraído el 20 de Julio 2018. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
4. Mariani L, Iacovelli A, Vincenzoni C, Diotallevi FF, Atlante M, Lombardi A. Cervical carcinoma in young patients: clinical and pathological variables. J Gynaecol Obstet; 41(1):61-6. [Internet] 1993. Extraído el 03 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/00207155P>
5. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Dr. Ramos M. y Venegas O. Lima Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. [Internet] 2013. Extraído el 08 de Julio 2018. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)

6. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, et al. The Global Burden of Cancer 2013. JAMA Oncol; 1(4):505-27. [Internet] 2015. Extraído el 23 de Julio 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26181261>
7. Mariani L, Iacovelli A, Vincenzoni C, Diotallevi FF, Atlante M, Lombardi A. Cervical carcinoma in young patients: clinical and pathological variables. J Gynaecol Obstet; 41(1):61-6. [Internet] 1993. Extraído el 13 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002072929390155P>
8. Ybaseta-Medina J, Paccori-Rodrigo F, Vilca-Yange A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev méd Panacea; 4(3):61-65. [Internet] 2014. Extraído el 23 de Agosto 2018. Disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
9. Castro-Jiménez, Miguel Ángel, Vera-Cala, Lina María, Posso-Valencia, Héctor Jaime, Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 57(3) [Internet] 2006. Extraído el 23 de Agosto 2018. Disponible en: <http://decubacubawww.redalyc.org/articulo.oa?id=195214319006>
10. Rodríguez\_Salvá A. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. [Intenet] 1999. Extraído el 15 de Agosto 2018. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15613003199900017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003199900017)
11. García-Soto, Germán, Pachón-Rincón, Juan de Jesús, Smith Meneses-Cubides, Ronald, Zuleta-Tobón, John Jairo, Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un Hospital Universitario



- Colombiano. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2007. Extraído el 13 de Agosto 2018. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342007000100004&lng=en&nrm=iso)
12. Páez M, Rodríguez-Riveros MI, Kasamatsu E, Castro A, Orué E, Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). Rev. Univ. Ind. Santander Salud; 48(1): 37-44. [Internet] 2016. Extraído el 21 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/295098473>
13. Cartaya Olano, M. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. AMC; vol.14, n.5. [Internet] 2010. Extraído el 18 de Agosto 2018. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010005)
14. Montesino Aguilar. Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 43(1). [Internet] 2017. Extraído el 13 de Agosto 2018. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017001)
15. Villa L. Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean: The Problem and the Way to Solutions. Cancer Epidemiol Biomarkers 1409. [Internet] 2012. Extraído el 14 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22956726>
16. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. Int. J. Cancer; 127, 2893–2917. [Internet]

2010. Extraído el 01 de Agosto 2018. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21351269>
17. Muñoz N, Bosch X, De Sanjosé S. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Engl J Med*; 348:518-527. [Internet] 2013. Extraído el 04 de Agosto 2018. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571259>
18. Harper D, Franco E, Wheeler C et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet*; 364: 1757–65. [Internet] 2004. Extraído el 06 de Agosto 2018. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541448>
19. Kurman, R.J., Carcangiu, M.L., Herrington CS, et al .World Health Organization Classification of Tumours of Female Reproductive organs, 4th Edition. WHO/IARC. [Internet] 2014. Extraído el 11 de Agosto 2018. Disponible en:  
<http://apps.who.int/bookorders/WHP/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&cod>
20. Marchiolé P, Buénerd A, Benchaib M et al. Clinical significance of lympho vascular space involvement and lymph node micrometastases in early-stage cervical cancer: a retrospective case-control surgico-pathological study. *Gynecol Oncol*; 97(3):727-32. [Internet] 2005. Extraído el 02 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15943983>
21. Park JY, Kim EN, and Kim DY, et al. Comparison of the validity of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/ computed tomography in the preoperative evaluation of patients with uterine corpus cancer. *Gynecol Oncol*; 108:486-492. [Internet] 2008. Extraído el 11 de

- Agosto 2018. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386532/>
22. Pecorelli S. Corrigendum to “Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 108; 176. [Internet] 2010. Extraído el 24 de Julio 2018. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2009.02.012>
23. Ramírez PT, Pareja R, Rendón GJ et al. Management of low-risk early-stage cervical cancer: should conization, simple trachelectomy, or simple hysterectomy replace radical surgery as the new standard of care? *Gynecol Oncol*; 132(1):25. [Internet] 2014. Extraído el 07 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24041877>
24. Wong LC, Ngan HY, Cheung AN et al. Chemoradiation and adjuvant chemotherapy in cervical cancer. *J Clin Oncol*; 17(7):2055. [Internet] 1999. Extraído el 02 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10561258>
25. Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*; 27(28):4649. [Internet] 2009. Extraído el 01 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/197209>
26. Kitagawa R, Katsumata N, Shibata T et al. Paclitaxel Plus Carboplatin versus Paclitaxel Plus Cisplatin in Metastatic or Recurrent Cervical Cancer: The Open-Label Randomized Phase III Trial JCOG0505. *J Clin Oncol*; 33(19):2129-35. [Internet] 2015. Extraído el 19 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25732161>

27. Tewari KS, Sill MW, Long HJ 3rd, et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. N Engl J Med; 370(8):734-43. [Internet] 2014. Extraído el 22 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24552320>
28. Wong LC, Ngan HY, Cheung AN et al. Chemoradiation and adjuvant chemotherapy in cervical cancer. J Clin Oncol; 17(7):2055. [Internet] 1999. Extraído el 23 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10561258>
29. Aula Medicina y Conocimiento. Glosario del Cáncer. Universidad del País Vasco. [Internet] 2007. Extraído el 25 de Agosto 2018. Disponible en: <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/diccioncologico/glosario.pdf>
30. Instituto Nacional del Cáncer. USA. Diccionario del cáncer. [Internet] 2016. Extraído el 03 de Agosto 2018. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>.

## **ANEXO**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y SOBREVIDA EN JÓVENES Y ADULTAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2008-2012</b>	¿Cuáles son las características clínico-patológicas y sobrevida en pacientes jóvenes y adultas con cáncer de cuello uterino admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2008-2012?	Comparar las características clínico-patológicas, supervivencia y factores relacionados al pronóstico de pacientes jóvenes y adultas con cáncer de cérvix admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2008-2012.	La investigación no posee hipótesis por ser un trabajo descriptivo	El presente es un estudio cualitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo; de enfoque cuantitativo	Todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú, entre el 1 de enero del 2008 y el 31 de diciembre de 2012.	Ficha de recolección de datos
		Identificar las características clínico-patológicas, supervivencia y factores relacionados al pronóstico de pacientes jóvenes con cáncer de cérvix.			Identificar las características clínico-patológicas, supervivencia y factores relacionados al pronóstico de pacientes adultas con cáncer de cérvix.	

## Anexo 2: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS						
HC		DNI	F_NAC		F_DX	EDAD_D X
PROC		MENARQUIA	E_1°RS		N_PS	E_1°EM B
N_EMB		N_ABORTO	N_HIJ		PAP_PREV	VIH
					SI NO	SI NO NT
TE (m):		GINECORRA GIA	DOLOR_P ELV		SEC_VAG	NINGUN O
		SI NO	SI NO		SI NO	
HB		CREATININA	TAM_TUM (CM)		COMP_PAR AM	COMP- VAG
					NO	NO
					1/3 INT O MED	1/3 SUP O MED
COMP_M UC_V/R		HIDRONEFRO SIS			1/3 EXT O H. PELV	1/3 INF
SI NO		SI NO				
<b>ESTADIO FIGO</b>					<b>GANG_TAC</b>	
IA1	IA 2	IB1			NO TUVO TAC	
IB2	II A 1	IIA2			NO CREC GANG	
IIB	III A	IIIB			PELV (ILIACO Y/O OBTURADOR)	
IVA	IV B				PARAORITO COS	
<b>MET</b>		_____	<b>HIST</b>	<b>1 Carcinoma Escamoso (n/i CIN 1, 2 y 3)</b>		
SI NO		_____		1a No especificado		
		_____		1b Queratinizante		
		_____		1c No queratinizante		
<b>G_DIF</b>				% De cel grandes		% De cel pequeñas
BIEN POBRE	MOD			1d Carcinoma verrucoso		
				1e Carcinoma esc papilar y de cél transic		
		C		1f Carcinoma linfoepitelioma-like		
BX:				1g Carcinoma escamoso sarcomatoide*		

<b>2 Adenocarcinoma</b>					<b>3 Carcinoma adenoescamoso</b>			
2a No especificado					<b>4 Glassy cell carcinoma</b>			
2b Mucinoso, variante endocervical					<b>5 Carcinoma adenoide quístico</b>			
2c Mucinoso, tipo intestinal, var cél anillo de sello					<b>6 Carcinoma adenoide basal (epitelioma)</b>			
2d Adenoca endometriode					<b>7 Neuroend (carcinoid e, cél gra/peq)</b>			
2e Adenoca de células claras					<b>8 Carcinoma indiferenciado</b>			
2f Adenoca "minimal deviation variant" (adenoma malignum)					<b>9 Tumores mesenquimales.</b>			
2g Mucinoso, adenoca villoglandular (bien dif)					9a Leiomiocarcinoma			
2h Carcinoma seroso					9b Sarcoma endocervical estromal			
2i Carcinoma mesonéfrico					9c Sarcoma botrioides (RMS embrionario)			
					9d Sarcoma alveolar de partes blandas			
<b>10 T. epiteliales y mesenquimales mixtos</b>					<b>11 Tumores misceláneos</b>			
10a Adenosarcoma					11a Melanoma maligno			
10b MMMT (malignant mixed mesodermal tumor)					11b Linfoma/leucemia			
10c Tumor de Wilms					11c Tumores de células germinales			
					11d Tumores del saco vitelino			
<b>TTO_1°</b>								
<b>1 QX</b>				F_QX				
1a Cono								
1b Traquelectomía								
1c Traquelectomía + Disección ganglionar pélvica								
1d Histerectomía simple (histerectomía tipo I)								
1e Histerectomía simple (histerectomía tipo I) + Disección ganglionar pélvica								
1f Histerectomía radical tipo II								
1g Histerectomía radical tipo II + Disección ganglionar pélvica								
1h Histerectomía radical tipo III								
1i Histerectomía radical tipo III + Disección ganglionar pélvica								
1j Exanteración pélvica								
<b>2 QT_INT_NA</b>		FI_NA FF_NA			Número de cursos recibidos			
2a Cisplatino 100mg/m2 + Paclitaxel 175mg/m2 c/3s x 3c (33.3-58.3)					Dosis total			



2b Otro esquema ( )				SC		
		ID = [DT / SC x SEM] / D PROY				
<b>SE OPERÓ? (solo NA)</b>		Razón: _____	<b>TIPO_QX:</b>		F_QX	
SI	NO		(de acuerdo a la cod previa)			
<b>3 RT</b>		FI_RT FF_RT		3d 5000 cGy en 25		
3a Braquiterapia		FI_braqui FF_braqui		3e 5000 cGy en 25 fracciones + braqui		
3b 1000 cGy en 1				3f 5000 cGy en 25 + arcos parametriales		
3c 4000 cGy en 16						
<b>RPTA.</b>	RC	RP	EE			
PE	NR					
		FI_QT FF_QT				
<b>4 QT/RT</b>		FI_RT FF_RT		Número de cursos recibidos		
		FI_braqui FF_braqui		Dosis total		
4a 5000cGy en 25 fx conc a CDDP sem 40mg/m2 x5				SC		
4b 5000cGy en 25 fx conc a CDDP sem 40mg/m2 x5 + Braqui				ID = [DT / SC x SEM] / D PROY		
4c Otro esquema ( )						
<b>RPTA.</b>	RC	RP	EE			
PE	NR					
<b>5 QT_SIST</b>		FI_SIST	FF_SIST	Número de cursos recibidos		
5a Cisplatino 100mg/m2 – Paclitaxel 175mg/m2 x 6 cursos				Dosis total		
5b Carboplatino 5-6AUC – Paclitaxel 175mg/m2 x 6 cursos				SC		
5c Cisplatino – Gemcitabina				ID = [DT / SC x SEM] / D PROY		
<b>RPTA.</b>	RC	RP	EE			
PE	NR					
<b>AP</b>			#_AP			
Tamaño tumoral				Profundidad de la invasion estromal V H		
LVSI		SÍ NO		Comp de parametrios	SI NO	
Comp de márgenes		SÍ NO		Comp ganglionar	GC	GR
<b>TTO_2°</b>		(de acuerdo a la cod previa)				
1 RT:		FI_RTc FF_RTc		Número de cursos recibidos		
2 QT/RT		FI_QT/RTc FF_QT/RTc		Dosis total		
				SC		
				ID = [DT / SC x SEM] / D PROY		

<b>RPTA.</b> PE	<b>RC</b> NR	<b>RP</b>	<b>EE</b>			
<b>RECURRENCIA O PROGRESIÓN</b>			F_REC/PROG			
LOCOREG	DIST _____ NO					
<b>TTO._1.ºRECU</b>	(de acuerdo a la cod previa)					
1 RT:	FI_RTc FF_RTc	Número de cursos recibidos				
2 QT/RT	FI_QT/RTc FF_QT/RTc	Dosis total				
3 QX	F_QXr	SC				
4 QT_SIST	FI_SISTr FF_SISTr	ID = [DT / SC x SEM] / D PROY				
<b>RPTA.</b> PE	<b>RC</b> NR	<b>RP</b>	<b>EE</b>			
<b>TTO. POST</b>	<b>F_UC</b>	<b>EVENTO_FIN AL</b>	<b>F_F ALL</b>			
SÍ NO		VSE VCE FALLECIDO	PVCE PVSE			
1e Histerectomía simple (histerectomía tipo I) + Disección ganglionar pélvica						
1f Histerectomía radical tipo II						
1g Histerectomía radical tipo II + Disección ganglionar pélvica						
1h Histerectomía radical tipo III						
1i Histerectomía radical tipo III + Disección ganglionar pélvica						
1j Exanteración pélvica						
<b>2 QT_INT_NA</b>	FI_NA	FF_NA	Número de cursos recibidos			
2a Cisplatino 100mg/m2 + Paclitaxel 175mg/m2 c/3s x 3c (33.3-58.3)			Dosis total			
2b Otro esquema ( )			SC			
ID = [DT / SC x SEM] / D PROY						
<b>SE OPERO? (solo NA)</b>	Razón: _____	<b>TIPO_QX:</b>	F_QX			
SÍ NO	(de acuerdo a la cod previa)					
<b>3 RT</b>	FI_RT	FF_RT	3d 5000 cGy en 25			
3a Braquiterapia	FI_braqui FF_braqui	3e 5000 cGy en 25 fracciones + braqui				
3b 1000 cGy en 1	3f 5000 cGy en 25 + arcos parametriales					
3c 4000 cGy en 16						

<b>RPTA.</b> PE	RC NR	RP	EE			
		FI_QT FF_QT				
<b>4 QT/RT</b>		FI_RT FF_RT		Número de cursos recibidos		
		FI_braqui FF_braqui		Dosis total		
4a	5000cGy en 25 fx conc a CDDP sem 40mg/m2 x5			SC		
4b	5000cGy en 25 fx conc a CDDP sem 40mg/m2 x5 + Braqui			ID = [DT / SC x SEM] / D PROY		
4c	Otro esquema ( )					
<b>RPTA.</b> PE	RC NR	RP	EE			
<b>5 QT_SIST</b>		FI_SIST	FF_SIST	Número de cursos recibidos		
5a	Cisplatino 100mg/m2 – Paclitaxel 175mg/m2 x 6 cursos			Dosis total		
5b	Carboplatino 5-6AUC – Paclitaxel 175mg/m2 x 6 cursos			SC		
5c	Cisplatino – Gemcitabina			ID = [DT / SC x SEM] / D PROY		
<b>RPTA</b> PE	RC NR	RP	EE			
<b>AP</b>			#_AP			
Tamaño tumoral				Profundidad de la invasion estromal V H		
LVSI		SI NO		Comp de parametrios	SI NO	
Comp de margenes		SI NO		Comp ganglionar	GC	GR
<b>TTO_2°</b>	(de acuerdo a la cod previa)					
1 RT:		FI_RTc FF_RTc		Número de cursos recibidos		
2 QT/RT		FI_QT/RTc FF_QT/RTc		Dosis total		
				SC		
				ID = [DT / SC x SEM] / D PROY		
<b>RPTA</b> PE	RC NR	RP	EE			
<b>RECURRENCIA O PROGRESIÓN</b>				F_REC/PRO G		
LOCOREG		DIST _____				
		NO				
<b>TTO_1°RECU</b>	(de acuerdo a la cod previa)					
1 RT:		FI_RTc FF_RTc		Número de cursos recibidos		
2 QT/RT		FI_QT/RTc FF_QT/RTc		Dosis total		

3 QX		F_QXr			SC		
4 QT_SIST		FI_SISTr FF_SISTr				ID = [DT / SC x SEM] / D PROY	
RPTA PE	RC NR	RP	EE				
TTO POST		F_UC		EVENTO_FINAL		F_FALL	
SI NO			VSE PVSE	VCE FALLECIDO	PVCE		