



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL "DR. RAUL LEONI OTERO"
SAN FÉLIX - ESTADO BOLIVAR.**

**INCIDENCIA DE CÁNCER EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL "DR. RAÚL
LEONI OTERO" SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.
VENEZUELA. LAPSO 2002-2006**

**AUTOR: DR. ELVIS SALAZAR
TUTOR: DR. LUIS FILGUEIRA**

**Tesis de Grado para Optar al Título de Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia**

San Félix, Noviembre de 2007



DEDICATORIA

A Dios, que con tu luz divina rodeaste e iluminaste mi camino, proyectando en mi el animo necesario para enfrentar momentos y situaciones adversas que logre disipar, y en los que pude hallar fortaleza para cumplir cada una de mis acciones, por su fidelidad, el único que no me ha fallado y que siempre esta allí para ayudarme, dándome las fuerzas necesarias para el logro de una de las metas mas importantes y preciadas que me tracé en la vida.

A mis padres Tobías, Juana, y mi hermana Eli que aunque no están presente yo se que desde donde están me ayudaron en los momentos mas dificiles.

A lo mas lindo que existe, mi hija **Maria José** ya que ella fue mi principal, motivación y estimulo que tuve para superar todos los inconvenientes que se me presentaron a lo largo de esta carrera.

A Wences y al Sr. Leo por su ayuda prestada durante todo este tiempo.

A mi preciosa magdalena por su compañía, comprensión, paciencia y por estar siempre presente con una palabra de aliento y fé a lo largo de mi carrera.

A mi hermana Barsovia y a Tirso por su apoyo incondicional prestado durante mi ausencia y a todos mis demás hermanos les dedico este triunfo.



AGRADECIMIENTO

Por medio del presente texto, quiero dar mi agradecimiento, en primer lugar a dios por permitirme lograr el tercer nivel en mi carrera, fruto de esfuerzo, constancia, dedicación, responsabilidad y trabajo fuerte, además a quienes depositaron en mi toda su esperanza por ver lograr mis metas, objetivos y triunfos en esta noble y prometedora especialidad.

A todo el personal que labora en el Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”, en especial a la Dra. Ruth Di Traglia, por su apoyo y colaboración en cuanto a las diferentes orientaciones e instrucciones emanadas, tanto de su experiencia como de su trabajo, en aras de lograr lo establecido, como fue estructurar el presente Registro de Cáncer y llevarlo a feliz término, de igual forma a todo el personal que conforma el Servicio de Gineco-Obstetricia de dicho Hospital.

También a todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron para hacer posible la realización de esta Tesis, ya que es una de las etapas mas importantes en la vida de cualquier ser humano; formarme como profesional y recibir otro estimulo mas, además de las compensaciones que conllevan el Titulo que voy a obtener, y de esta forma continuar mi labor con el mismo esmero y dedicación con la que inicie

Elvis, Salazar



INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
LISTA DE CUADROS	iv
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema.....	3
Justificación de la Investigación.	7
Objetivos de la Investigación	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos.....	8
Alcances	9
Limitaciones.....	9
CAPITULO II	10
MARCO TEORICO	10
Antecedentes de la Investigación.....	10
Bases Teóricas.....	12
Cáncer de Cuello Uterino.....	13
Descripción	13
Causas	13
Signos y Síntomas.....	14
Diagnostico.	14
Tratamiento	15
Cáncer De Mama.....	15



Descripción	15
Causas	16
Signos y Síntomas.....	17
Diagnostico	17
Tratamiento	18
Recomendaciones.....	18
Cáncer de Endometrio.....	19
Estadios del Ca. de Endometrio.	19
<u>Síntomas</u>	20
<u>Diagnóstico</u>	20
<u>Tratamientos y Recomendaciones</u>	20
<u>Enfermedad Trofoblástica Gestacional</u>	21
<u>Nombres Alternativos:</u>	22
<u>Síntomas:</u>	22
<u>Diagnostico</u>	23
<u>Paraclínicos</u>	23
<u>Tratamiento:</u>	23
<u>quimioterapia.</u>	23
<u>Expectativas:</u>	24
<u>Complicaciones:</u>	24
<u>Cáncer de las Trompas de Falopio</u>	25
<u>Incidencia del Cáncer de las Trompas de Falopio.</u>	25
<u>Factores de Riesgo para el Cáncer de las trompas de Falopio</u>	25
<u>Síntomas</u>	25
<u>Diagnostico</u>	26
<u>Estadios</u>	26
<u>Tratamiento</u>	28
<u>Cáncer de vulva</u>	28
<u>Tipos de cáncer vulvar</u>	28



<u>Factores de riesgo para el cáncer vulvar</u>	28
<u>Síntomas del cáncer vulvar</u>	29
<u>Diagnostico del cáncer de vulva</u>	29
<u>Estadios del cáncer de vulva según la FIGO:</u>	29
<u>Tratamiento del cáncer vulvar</u>	30
Etapa 0.....	30
Etapa I	30
Etapa II.....	31
Etapa III.....	31
Etapa IV	31
CAPITULO III.....	36
MARCO METODOLÓGICO.....	36
Tipo de Estudio	36
Población y Muestra.....	37
Población.....	37
Muestra.....	38
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	38
Procedimientos.....	39
Técnicas de Recolección, Tabulación Y Análisis de los Datos	40
CAPITULO IV	41
RESULTADOS Y ANALISIS.....	41
Tabulación, Análisis Y Presentación De Los Resultados	41
Cuadro 1:.....	41
Cuadro 2:.....	42
Cuadro 3:.....	43
Cuadro 4:.....	44
Cuadro 5:.....	45
Cuadro 6:.....	46
Cuadro 7:.....	47



Cuadro 8:.....	48
Cuadro 9:.....	49
CAPITULO V.....	51
DISCUSION	51
CAPITULO VI	52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
Conclusiones	52
Recomendaciones.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS	56



LISTA DE CUADROS

CUADRO		p.p.
1	Incidencia del Cáncer por año en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	38
2	Tipos de Cáncer relacionado por año en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	39
3	Incidencia del Cáncer según la edad de las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	40
4	Incidencia del Cáncer de Cuello Uterino relacionado con antecedentes del Virus de Papiloma Humano en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	41
5	Incidencia de los diferentes tipos de Cáncer según número de parejas sexuales en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	42
6	Incidencia de Cáncer relacionado con la paridad de las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	43
7	Método Diagnostico Utilizado para la detección de Cáncer en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.....	44
8	Tipos Histológicos mas frecuentes de Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar.	45



Venezuela. Lapso 2002-2006.....

- 9 Tratamiento aplicado en los diferentes tipos de Cáncer a las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.... 46



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL “DR. RAUL LEONI OTERO”
SAN FÉLIX - ESTADO BOLIVAR.**

**REGISTRO DE CÁNCER EN EL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI
OTERO” SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR. VENEZUELA.
LAPSO 2002-2006**

**AUTOR: DR. ELVIS SALAZAR
TUTOR: DR. LUIS FILGUEIRA
AÑO 2007**

RESUMEN

El propósito de esta investigación, fue conocer la incidencia de Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix – Estado Bolívar. Venezuela, durante el lapso 2002 – 2006. Se realizó un estudio de Campo, tipo Descriptivo apoyado en una investigación de Base Documental. Desde el punto de vista epidemiológico, es un estudio Observacional Descriptivo, Ambispectivo. La población esta representada por 312 pacientes que fueron hospitalizadas con el diagnóstico de Cáncer, en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix – Estado Bolívar, Venezuela, durante el lapso 2002 – 2006. Los datos fueron recabados en un cuestionario de Registro de Cáncer en Gineco-obstetricia (R.C.G.O) y analizados por metodología cuantitativa. Los resultados de esta investigación en primer lugar fue la totalización de ingresos registrados en el lapso 2002-2006 de 41899 pacientes de las cuales 312 (0.74%) se les diagnosticó Cáncer. La incidencia según el tipo de Cáncer 290 (92.94%) pacientes presentaron Cáncer de Cuello Uterino; 12 (3.84%) Cáncer de Endometrio; 9 (2.88%) Cáncer de Ovario y 1 (0.32%) caso presento Cáncer de Vulva. El grupo etario mas afectado fue entre 41 y 50 años de edad reportándose 152 (48.71%) casos. Con antecedentes de Virus de Papiloma Humano 50 (17.24%) pacientes y sin antecedentes del mismo 240 (82.66%) pacientes. Con respecto al numero de parejas sexuales 226 (72.43%) refirieron 2 parejas sexuales. En cuanto a la paridad 267 (85.57%) manifestaron haber tenido mas de 5 partos. El método de diagnostico utilizado fue la biopsia. El hallazgo histopatológico fue el Cáncer de Células Grandes Queratinizantes detectado en 285 (91.73%) casos De acuerdo al tratamiento el mas aplicado fue la combinación de Quimioterapia y Radioterapia con un total de 225 (72.11%) casos. Estos análisis servirán para fomentar la elaboración de un Registro de Cáncer de



forma sistematizada en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. Y a su vez de base para la elaboración de Programas actualizados en la prevención, manejo y tratamiento del Cáncer.

Palabras Claves: Sistema de Registros – Cáncer.



INTRODUCCIÓN

El Registro de Cáncer puede definirse, como un sistema de recolección individualizado, continuo y sistemático de los datos inherentes a los casos de cáncer que ocurren en una población y son atendidos en una institución de salud. Es un componente esencial de todo Programa de Control de Cáncer y sus datos pueden utilizarse para una gran variedad de áreas que abarcan desde la investigación etiológica, pasando por la prevención primaria y secundaria, hasta la planificación sanitaria y el cuidado del paciente.

Constituye, una herramienta indispensable para el control de la enfermedad debido a que suministra los datos de todos los casos de cáncer acaecidos en una población definida. Así se documentan las características de los pacientes y los detalles clínicos y anatomopatológicos de las neoplasias, lo cual favorece una mejoría en los procedimientos de diagnósticos y tratamiento en oncología.

Uno de los más grandes progresos alcanzados por la medicina durante los últimos años lo constituye el diagnóstico cada vez más precoz de los procesos neoplásicos que se desarrollan en el organismo humano. Esto permite la aplicación de medidas profilácticas y terapéuticas eficaces, cuando las lesiones están localizadas en determinado órgano, se incrementan las posibilidades de curación con los medios que actualmente contamos.

A pesar de los notables progresos alcanzados por los estudios genéticos y la biología molecular, todo hace pensar que pasaran varias décadas antes que su aplicación práctica y en gran escala, sean de uso diario. Mientras tales esperanzas no sean realidades, los Programas de Prevención, Pesquisa y Diagnóstico Precoz



constituyen la mejor arma que la medicina moderna puede ofrecer a estos pacientes. En 1976 se decretó en Venezuela la creación de la Dirección de Oncología; Desde entonces quedo establecida la obligatoriedad de organizar un Registro Nacional de Cáncer basado en hospitales. Así, desde 1979 se inicio la recopilación de información de pacientes con diagnostico de cáncer a través de formularios especializados. Se cumplió en los hospitales de 11 regiones del país donde se atendía aproximadamente un 30% de la población nacional con este diagnostico (Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Mérida, Nueva Esparta, Sucre, Táchira y Zulia). Este Registro a pesar de algunos altibajos, se ha mantenido hasta la actualidad. Capote Negrín. R. (1998)

Se trata entonces de una red de Registros de Hospitales enlazada a un Registro central. Pero en la actualidad el Programa Nacional de Oncología pretende fortalecer esta red de Registro de hospitales en las regiones donde ya existe y ampliar la cobertura del mismo al integrar otros estados del país, al igual que en instituciones privadas donde se atiendan un número significativo de pacientes con cáncer.

Si bien en el estado Bolívar, actualmente no cuenta con un Sistema de Registro de Cáncer específicamente en el hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix, el motivo de esta investigación fue Implementar, la elaboración de un registro de Cáncer de forma sistematizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia de dicho centro.



CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema.

Los registros de enfermedades tienen antecedentes que datan de cerca de dos siglos en Europa y Norteamérica. En el caso del Cáncer, por tratarse de una patología de bastante complejidad y trascendencia social y sanitaria, se ha transitado un largo camino en el proceso de desarrollo de los registros. Así, en 1728 se intentó en Londres un censo de pacientes con Cáncer; en 1900 en Alemania se trató sin mayor éxito de hacer el Registro de todos los pacientes en tratamiento por Cáncer.

A partir de esta tercera encuesta se reconocen las limitaciones de esta metodología y se concluye que los Registros continuos resultan indispensables para la evaluación epidemiológica y de resultados clínicos en los casos de Cáncer.

En las conclusiones de esta conferencia, se propuso recomendar a la comisión interna de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la implantación de Registros de Cáncer en el ámbito Mundial. Esta iniciativa promovió la creación de Registros de Cáncer en Hospitales, Registros Regionales y algunos Registros de Cáncer Nacionales en Europa.

En 1966 en Tokio se funda la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (AIRC) por una decisión del IX Congreso Internacional de Cáncer. Es una organización voluntaria, no gubernamental, que mantiene relaciones oficiales con la OMS, representando los intereses científicos y profesionales de los Registros de



Cáncer, cuyos miembros están interesados en el desarrollo y aplicación de las técnicas de Registro de Cáncer y de encuestas de morbilidad, para el estudio de poblaciones bien definidas.

Está constituida por un órgano de Gobierno compuesto por un Presidente, un Secretario General, un Vicesecretario y ocho Representantes Regionales. Desde 1973, la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC) proporciona un secretariado para la asociación, encargado fundamentalmente de la organización de reuniones y la coordinación de estudios científicos.

En Venezuela desde 1976 con el Decreto de Creación de la Dirección de Oncología se establece la obligatoriedad de organizar un Registro Nacional de Cáncer basado en Hospitales. Desde 1979, se inició la recopilación de formularios individualizados correspondientes a pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer en 11 Hospitales Nacionales que atendían aproximadamente un 30 % de los pacientes del país con esta patología. Capote Negrín. R. (1998).

En 1989 se agregó el Hospital Oncológico “Padre Machado”, de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, que envió información al registro central hasta mediados de los años 90.

La morbilidad por Cáncer en Venezuela se obtiene del Registro Central de casos del Departamento de Oncología y de la información epidemiológica de la Dirección de Epidemiología, del Ministerio del Poder Popular para la Salud. La mortalidad se obtiene de los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital hasta 1996 y de allí en adelante, de los Anuarios de Mortalidad, publicados por el mismo ministerio.

La Tasa de Mortalidad por Cáncer ascendió entre 1940 y 1950, de 25 a 40 defunciones por cada cien mil habitantes. Para dar una idea de la validez de estas cifras, debemos recordar que en esos años se conocía la causa de muerte entre el 40 %



y el 50 %, respectivamente, de las defunciones registradas. Dirección de Oncología del Ministerio del Poder Popular para la salud, Venezuela. (1978).

Según las últimas estadísticas disponibles, en el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se registran anualmente unos 40 mil casos de neoplasias, en los últimos 5 años y en el año 2000, se registraron 15 211 defunciones por todo tipo de Cáncer, lo cual representa el 14,4 % de la mortalidad general diagnosticada ese año en todo el país. Esto coloca al Cáncer como la segunda causa de mortalidad en Venezuela, después de las enfermedades del corazón.

En los 30 años comprendidos entre 1955 y 1985, la tasa ascendió de 50 a 55 defunciones por cada cien mil habitantes. Ya para esos años el registro de mortalidad por cáncer es más confiable, pues se conocía la causa de muerte entre el 60 % y el 85 % de las muertes registradas. En los 15 años comprendidos entre 1985 y 2000, la tasa ascendió hasta 62,6 defunciones por cada cien mil habitantes. Esto significa que entre los años mencionados ha ocurrido un incremento de 5 a 7,6 defunciones por cada cien mil habitantes, lo cual representa un aumento relativo del 52 % de la tasa de mortalidad por Cáncer. Capote Negrín. R (1998).

De acuerdo al promedio de muertes registradas, entre 1996 y 2000, en los hombres, la localización del Cáncer ocurre en orden descendente en: tráquea, bronquios y pulmón; próstata; estómago; colon y recto; leucemias; hígado y vías biliares; páncreas; linfoma no Hodking y otros; laringe y labio, boca y faringe.

En las mujeres, las localizaciones en orden descendente son: útero; mama; tráquea, bronquios y pulmón; estómago; colon y recto; leucemias; hígado y vías biliares; ovario; páncreas; y linfoma no Hodking y otros. Dirección de Oncología, Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Registro Nacional de Tumores Caracas R. (1978).



Un buen Registro de Cáncer es un instrumento relativamente económico para conocer la situación epidemiológica del cáncer en una región. Permite identificar grupos de población con tasas sobresalientes dentro del perfil en la población general, apuntar al reconocimiento de factores de riesgo, a través de la identificación de individuos con tasas altas de alguna de las variedades de cáncer asociadas a exposiciones específicas. Pero su importancia clínica es tal vez mayor, por el impacto que representa el conocimiento de la evolución de los casos tratados en una patología como el Cáncer, para la cual un buen enfoque diagnóstico y de tratamiento va a modificar radicalmente los resultados obtenidos.

Tampoco se puede decir que la inversión económica y los recursos humanos necesarios para su establecimiento son de alguna forma impedimentos determinantes, dado que sus costos no suponen erogaciones presupuestarias onerosas. El principal obstáculo es sin duda, la secundaria prioridad que se le otorga a estos registros dentro de las decisiones en política de salud, tanto para su establecimiento, como en el soporte económico de mantenimiento. Esto es consecuencia de la falta de reconocimiento a su importancia desde el punto de vista epidemiológico y clínico, así como de sus significativas ventajas al hacer una evaluación de costo beneficio.

Otra limitación no menos importante es la carencia de una legislación de acreditación institucional, que establezca dentro de los criterios necesarios para su otorgamiento, la obligación de mantener un registro de Cáncer, a Hospitales públicos y centros de Salud Privados, que traten Cáncer, tal como ocurre en Estados Unidos y algunos países de Europa. Un tercer obstáculo está constituido por la falta de compromiso efectivo de los profesionales de las Especialidades Oncológicas, en especial de anatomía patológica, para impulsar y apoyar consistentemente las iniciativas de su Organización y Mantenimiento.



Todo lo antes expuesto hace que enfoque los objetivos en analizar la importancia que tiene el manejo integral de estas pacientes, donde se incluya una adecuada atención integral que abarque tanto educación para la prevención, así como pruebas paraclínicas pertinentes para la toma de decisiones terapéuticas con fundamentos que corroboren los actos a seguir para evitar complicaciones no deseadas. Debido a que este Hospital, “Dr. Raúl Leoni Otero” no cuenta con un sistema de Registro de Cáncer el propósito de esta investigación fue investigar la Incidencia de Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

Justificación de la Investigación.

El siguiente trabajo de investigación, su objetivo principal estuvo orientado a conocer la Incidencia de Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital “Raúl Leoni Otero”, San Félix. Estado Bolívar, en el periodo 2002-2006; para así tomar la conducta mas adecuada desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico en las pacientes que son ingresadas con este tipo de patología, ya que hasta ahora no existe un adecuado consenso en cuanto al manejo integral que se debe hacer de dichas pacientes para evitar complicaciones.

En relación a esta temática me llamó la atención ver que en nuestra institución se cuenta con un equipo multidisciplinario, y muchas veces no se evalúan estas pacientes de una forma integral y que en muchas oportunidades el desenlace no sea el esperado por la no aplicación del tratamiento oportuno. En vista de esta preocupación me propuse investigar la Incidencia de Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia para así conocer la magnitud de dicha patología en este centro Hospitalario.



Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Establecer la incidencia de Cáncer con todos los casos diagnosticados en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix – Estado Bolívar. Venezuela. Durante el lapso 2002-2006

Objetivos Específicos

En base a la casuística de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Cáncer en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, de San Félix, Estado Bolívar, Venezuela durante el lapso 2002-2006; esta investigación se propuso:

- 1.- Determinar la Incidencia de Cáncer.
- 2.- Identificar las características personales: edad, estado civil, paridad, número de parejas sexuales, antecedentes de infección por Virus de Papiloma Humano y procedencia de la paciente con Cáncer en Gineco-Obstetricia.
- 3.- Determinar el método diagnóstico de Cáncer utilizado en Gineco-Obstetricia.
- 4.- Determinar el tiempo de evolución de Cáncer en Gineco-Obstetricia.
- 5.- Clasificar los tipos de Cáncer en Gineco-Obstetricia según la localización anatómica e histología.
- 6.- Conocer el tipo de tratamiento aplicado.



Alcances

Tomando en cuenta que la investigación se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix, Estado Bolívar que es un Hospital tipo IV, dependiente del Seguro Social, que no solo atiende a la población asegurada de Guayana sino a la población no asegurada; por ser el centro de atención de mayor jerarquía en la zona no solo de San Félix, sino que sirve de centro de referencia a pacientes del sur del Edo. Bolívar, Monagas y Delta Amacuro; los resultados que se reportan de esta investigación estarán dirigidos no solo a la Región de Guayana sino a todo el Sur Oriente del país.

Limitaciones.

No existen mayores dificultades para la organización y mantenimiento de un Registro de Cáncer, pues se dispone de manuales y programas de computación sin costo, a través de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Registros de Cáncer.

Las limitaciones que se han presentado en esta investigación están relacionadas con la búsqueda y la obtención de información de las historias clínicas debidos, a los subregistros y omisión de algunos datos correspondientes a las pacientes.



CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación.

Dentro de este contexto los registros de enfermedades tienen antecedentes que datan de cerca de dos siglos en Europa y Norteamérica. En el caso del cáncer, por tratarse de una patología de bastante complejidad y trascendencia socio - sanitaria, se ha transitado un largo camino en el proceso de desarrollo de los registros.

Así, en 1728 se intentó en Londres un censo de pacientes con cáncer; en 1900 en Alemania se trató sin mayor éxito de hacer el registro de todos los pacientes en tratamiento por cáncer. En 1930 ocurrió en Estados Unidos de Norte América el primer intento de establecer un registro de cáncer por notificación obligatoria de todos los casos.

De allí que, en Tokio en 1966 se funda la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (AIRC) por una decisión del IX Congreso Internacional de Cáncer. Es una organización voluntaria, no gubernamental, que mantiene relaciones oficiales con la OMS, representando los intereses científicos y profesionales de los registros de cáncer, cuyos miembros están interesados en el desarrollo y aplicación de las técnicas de registro de cáncer y de encuestas de morbilidad, para el estudio de poblaciones bien definidas. Está constituida por un órgano de gobierno compuesto por un presidente, un secretario general, un vicesecretario y ocho representantes regionales.



En 1989 se agregó el Hospital Oncológico “Padre Machado”, de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, que envió información al registro central hasta mediados de los años 90. En octubre de 1989 se efectuó en Barquisimeto un Taller Internacional para el fortalecimiento de los Registros de Cáncer en América Latina, que dentro de sus conclusiones, propone establecer un registro de cáncer de base poblacional en una ciudad venezolana y la representación nacional seleccionó a Barquisimeto como sede de este registro. En el presente existe un registro central de cáncer que recopila en forma individualizada los casos de todos los tipos de cáncer que reciben atención médica (diagnóstico y tratamiento) en 11 centros de tratamiento de cáncer en el país.

En 1930 ocurrió en Estados Unidos de Norte América el primer intento de establecer un registro de Cáncer por notificación obligatoria de todos los casos. El primer registro moderno de Cáncer se estableció en Hamburgo en 1926, aunque su estatus oficial lo obtuvo en 1929 con el reconocimiento del departamento de salud pública de la ciudad. En Estados Unidos de Norte América fue en 1935 cuando se inicia el primer Registro de Cáncer de Población en el Departamento de Salud del Estado de Connecticut. En este país se realiza también la primera encuesta nacional de casos de cáncer: 1937-38; que se repite en 1947-48 y en 1969-71. Beaglehole. R. Bomta R. (1994)

Tomassi, (1999). Evidenció que un Registro de Cáncer no puede ser originado a partir de una sola fuente de información. La información originada presente en los Registros de los Departamentos de Patología, Certificados de Defunción, Registros Clínicos, de tumores de otros orígenes, deben estar en constante revisión con el objeto de mantener la precisión de la información. La información recopilada en los registros de Cáncer debe ser comunicada y traspasadas a clínicos y pacientes a fin de mejorar su participación en el mantenimiento de dichos Registros.



Roa, (2006). Expresó que un problema no menor de los Registros de Cáncer guarda relación con la calidad de los diagnósticos, los que van desde la certeza con confirmación histológica, hasta los de sospecha clínica. Entre las normas establecidas por la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer, los diagnósticos van desde el Certificado de Defunción, Diagnósticos microscópicos, no microscópicos, hasta los desconocidos.

Guevara, (2001) expone que hay factores predisponentes capaces de originar Cáncer en un porcentaje de individuos expuestos a ellos. Entre estos se encuentran la herencia, los productos químicos, las Radiaciones Ionizantes, las infecciones por virus y traumas.

Martínez, (2002) refiere que son mas susceptibles de Cáncer, las mujeres obesas, las que tienen hijos después de los treinta años las que presentan lesiones crónicas en las mamas, antecedentes familiares con Cáncer de mama , menarquia precoz y menopausia tardía.

Bases Teóricas.

Definición de un Registro de Cáncer

Un registro de cáncer puede definirse, como un sistema de recolección individualizada, continua y sistemática de los datos inherentes a los casos de cáncer, que ocurren en una población (registro de cáncer poblacional) o que son atendidos en una institución (registro de cáncer institucional o de hospital). Es una herramienta fundamental en epidemiología, para obtener información que permite valorar el riesgo de presentar cáncer en diferentes grupos de población, conocer los cambios en



la frecuencia o tendencia en el tiempo, de sus diversas localizaciones y ofrecer el soporte para el desarrollo de hipótesis etiológicas.

Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino afecta al extremo inferior del útero, el cuello uterino, también denominado Cervix. Y es la primera causa de muertes en mujeres Venezolanas. Fidia. G Arias. (2004)

Descripción

El carcinoma cervical es el primer tipo de cáncer más común en las mujeres. La gran mayoría de cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas (planas) que revisten el Cervix. El desarrollo de cáncer de Cervix es gradual y toma años.

Las primeras anomalías detectables en las células superficiales del Cervix se denominan displasias, que es un estado anterior a la malignidad. Ésta podrá evolucionar a cáncer preinvasivo, que sólo se propaga a las capas más superficiales del Cervix, y posteriormente se extiende a las capas más profundas y a otros órganos de la pelvis.

Causas

No se conoce una causa, pero se identifican diversos factores que aumentan el riesgo de este cáncer: la iniciación sexual temprana (anterior a los 18 años), la multiplicidad de parejas sexuales y la maternidad antes de los 16 años. También



aumentan el riesgo las infecciones por el VPH (papiloma virus), HIV y herpes genital.

Signos y Síntomas

En su primera fase, el cáncer cervical no presenta síntomas. Cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el Cervix. Esto suele manifestarse en pequeñas pérdidas entre los períodos menstruales, después de las relaciones sexuales o después de instalada la menopausia. Descargas vaginales acuosas, rosadas, amarronadas, con hilos de sangre y mal olor también son indicativos a tener en cuenta. Si la enfermedad ha avanzado, puede presentarse falta de apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor de espalda o de piernas.

Diagnostico.

La realización sistemática de un Papanicolau es muy efectiva en la detección de células anormales. Este estudio debería realizarse una vez al año en mujeres sexualmente activas sexual o a partir de los 20 años en mujeres no sexualmente activas. Si los resultados del Papanicolau revelan alguna anomalía, se procede a realizar una biopsia del tejido extraído durante la Colposcopia, técnica que también permite ver la estructura del cuello del útero con una lente de aumento. El examen físico del cuello uterino no suele presentar anomalías en las primeras etapas de la enfermedad y sólo cuando ésta ha avanzado puede verse irregular, agrandado, firme o quebradizo.



Tratamiento

Las opciones dependerán de la extensión y tipo del cáncer, de la edad de la paciente, su estado de salud general y sus posibilidades de embarazos futuros. La cirugía puede abarcar desde un procedimiento localizado en casos de carcinomas superficiales hasta una histerectomía radical (extirpación del útero y ganglios linfáticos de la pelvis) para los casos de cáncer invasivo que se ha extendido más allá del cuello. La criocirugía también puede ayudar en cánceres preinvasivos. Antes y después de la cirugía, se puede indicar radioterapia o una asociación de ésta con quimioterapia.

Cáncer De Mama

Tumor maligno que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria. Es el segundo cáncer más frecuente en Venezuela, después del de cuello de la matriz o cáncer cervical. Manual de normas técnicas, administrativas y guía de implantación. Caracas. (1993).

Descripción

En Estado Unidos mueren 40,000 mujeres cada año por este cáncer. Si el cáncer se detecta antes de que se haya extendido a los ganglios o a otras partes del cuerpo, la posibilidad de curarlo es del 90%, entendiendo curación como estar viva y sin tumor a cinco años del tratamiento. Jensen, Parkin. (1999)

El crecimiento y extensión del cáncer de mama depende del tipo de células malignas que lo compongan. También hay una gran variación en la tendencia a ramificarse que tiene este tumor.



Es un cáncer que se extiende a través del sistema linfático (sistema vascular accesorio al sanguíneo), por lo que siempre deben revisarse y en ocasiones extraerse los ganglios de la axila y del cuello para comprobar si el cáncer no se ha extendido.

El cáncer de mama se clasifica por "etapas", de acuerdo al tamaño del tumor y la extensión a los ganglios linfáticos y otras partes del cuerpo. En la etapa uno, el cáncer es pequeño, limitado a la mama y sin extensión a los ganglios y otros órganos. En esta etapa se cura hasta el 95% de los casos.

Las probabilidades de curación no son tan altas en etapas más avanzadas; aun así, con los tratamientos actuales, existen mayores posibilidades de supervivencia. Sí, esta enfermedad es fatal si no se trata a tiempo. Es extremadamente importante que se realice un diagnóstico temprano. El cáncer de mama no puede prevenirse, pero es curable si se detecta a tiempo. Realizarse por primera vez una mamografía entre los 35 y 39 años para tener una referencia de cual es el estado de las glándulas mamarias. Realizarse una mamografía cada dos años entre los 40 y 50 años. Realizarse una mamografía todos los años después de los 50 años. Fidia. G. Arias. (2004).

Causas

Se desconoce la causa precisa. En algunos casos hay influencia de diferentes factores:

Factores hormonales.

Factores genéticos



Signos y Síntomas

Los principales signos y síntomas son:

- a) Aumento de volumen en la mama
- b) Sangrado o flujo en el pezón
- c) Cambio en la forma o contorno de la mama.
- d) Hundimiento o aplastamiento de la piel.
- e) Retracción o descamación del pezón.
- f) La mama se ve enrojecida e inflamada

Diagnostico

Más del 90% de los tumores, mamarios son detectados por la propia paciente. Toda mujer debe practicarse un autoexamen de mama una vez al mes, idealmente una semana después de menstruar o, en mujeres menopáusicas, el mismo día de cada mes. Jensen, Parkin. (1999).

A pesar de múltiples campañas, es común encontrar mujeres que no se autoexaminan regularmente, o que lo hacen de manera inadecuada. No dude en preguntar a su médico sobre la forma correcta de hacerlo.

Todo tumor sospechoso debe ser examinado por el médico lo más pronto posible. Muchas mujeres retrasan innecesariamente la visita al doctor al detectarse una tumoración en la mama, por el miedo al cáncer, autonegación o la esperanza de que le problema desaparezca solo. Es importante recalcar que tres cuartas partes de los tumores mamarios son de origen benigno. Y, de ser maligno, entre más pronto se detecte y se trate mayor será la posibilidad de curación total de este Cáncer.



Además de acudir al médico tan pronto se detecten datos indicativos de cáncer de mama, toda mujer debe someterse a un examen mamario médico una vez al año, e incluso más frecuentemente en caso de que se haya tenido un tumor o de que haya habido cáncer de mama en la familia cercana. La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que toda mujer entre 40 y 50 años se haga una mamografía cada dos años, y que aumente la frecuencia cada año si es mayor de 50 años.

Tratamiento

El médico hará una revisión completa de las mamas y le preguntará sobre su historia clínica y otros antecedentes familiares, Probablemente pida una mamografía, sobre todo ante cualquier hallazgo sospechoso.

El diagnóstico se confirma mediante una biopsia; ésta puede hacerse directamente en el consultorio, donde se extraerá con una aguja una muestra de líquido-tejido de la parte afectada. Para biopsias más grandes se requiere cirugía y por lo general se llevan a cabo en una clínica o un hospital.

Una vez confirmado el diagnóstico se procederá a la extirpación de la masa tumoral que podrá conllevar a la eliminación completa de la mama. Tanto en su extirpación completa como parcial, los cirujanos plásticos y reconstructores podrán intentar la reconstrucción de dicha mama.

Recomendaciones

Toda mujer debe practicarse un autoexamen mamario una vez al mes, idealmente una semana después de menstruar o, en mujeres menopáusicas, el mismo día de cada mes.



Toda mujer debe someterse a un examen mamario médico una vez al año, e incluso más frecuentemente en caso de que se haya tenido un tumor o de que haya habido cáncer de mama en la familia cercana. La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que toda mujer entre 40 y 50 años se haga una mamografía cada dos años, y que aumente la frecuencia cada año si es mayor de 50 años.

Cáncer de Endometrio

El cáncer del endometrio es un cáncer frecuente en mujeres, en este cáncer se encuentran células malignas en el revestimiento interno del útero.

Estadios del Ca. de Endometrio.

- 1) Estadio I. El cáncer se encuentra únicamente en el cuerpo principal del útero sin invadir los tejidos del cuello.
- 2) Estadio II. Las células cancerosas se han diseminado al cuello uterino
- 3) Estadio III. Las células cancerosas se han diseminado fuera del útero, pero no han invadido la pelvis.
- 4) Estadio IV. Las células cancerosas se han diseminado fuera de la pelvis a otras partes del cuerpo como la vejiga o al recto.



Síntomas

Los síntomas iniciales del cáncer de endometrio pueden ser cualquiera de los siguientes: hemorragia o flujo no relacionados con la menstruación, dificultad o dolor al orinar, dolor durante el coito (dispareunia) y dolor en el área de la pelvis.

Diagnóstico

Se ha detectado que el cáncer del endometrio lo han presentado algunas pacientes con cáncer de mama y que han sido tratadas con la hormona tamoxifeno.

- I. Examen Pélvico: En el examen medico se palpa para detectar masas o cambios en la forma del útero.
- II. Prueba De Papanicolau: con esta técnica se raspa suavemente el exterior del cuello uterino y la vagina para recolectar células, las cuales se envían a patología.
- III. Dilatación Y Curetaje: Mediante este procedimiento se extraen pedazos de endometrio. El tejido recolectado se examina para detectar células cancerosas.

Tratamientos y Recomendaciones

Estadio I: El tratamiento puede consistir en, Histerectomía abdominal total, con salpingooforectomía bilateral, y disección de ganglios linfáticos. Radioterapia y/o quimioterapia post-cirugía. Radioterapia sola para pacientes seleccionadas.

Estadio II: El tratamiento puede consistir en, Histerectomía abdominal total, con salpingooforectomia bilateral, y disección de ganglios linfáticos. Radioterapia post-



cirugía. Radioterapia previa, seguida de histerectomía abdominal total, con salpingooforectomía bilateral, y disección de ganglios linfáticos-.Histerectomía-radical.

Estadio III. El tratamiento podría consistir en Histerectomía radical, generalmente seguida de Radioterapia, Radioterapia sola o Terapia hormonal.

Estadio IV: El tratamiento podría consistir en, Radioterapia, Terapia hormonal y ensayos clínicos de quimioterapia.

Recidivas: El tratamiento de la recidiva podría consistir en, radioterapia para aliviar síntomas, como dolor, náusea y funciones intestinales anormales. Terapia hormonal.

Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Es un cáncer agresivo, también denominado Coriocarcinoma maligno, a menudo metastásico (que se disemina) del útero que comienza después de un embarazo, un aborto espontáneo o un aborto provocado.

El coriocarcinoma se encuentra entre los cánceres más sensibles a la quimioterapia y, como tal, incluso así haya hecho metástasis la tasa de curación se ubica entre el 90 y el 95%. Fidia, G. Arias (2004)



Nombres Alternativos:

Corioblastoma; tumor trofoblástico; corioepitelioma; mola invasiva/maligna; enfermedad trofoblástica gestacional; neoplasia trofoblástica gestacional.

La Mola Hidatidiforme, es una afección que se desarrolla cuando un embarazo presenta muchas complicaciones. En dicha condición, se presenta la concepción pero el tejido de la placenta crece muy rápido, en lugar de sustentar el crecimiento de un feto.

En aproximadamente la mitad de los casos de coriocarcinoma, el factor precedente es la mola hidatidiforme.

Sin embargo, sólo del 5 al 10% de los embarazos molares se asocian con coriocarcinoma posterior. Por lo tanto, el coriocarcinoma sigue siendo un cáncer poco común, casi siempre curable, que puede estar asociado con el embarazo. Fidia. G. Arias. (2004)

Síntomas:

- a) Sangrado vaginal irregular
- b) Quistes de la teca luteínica en los ovarios
- c) Aumento irregular del tamaño del útero
- d) Niveles de HCG elevados persistentes
- e) Dolor

Síntomas relacionados con la diseminación de la enfermedad a otros órganos como los pulmones, el hígado o el cerebro



Diagnostico

Un examen pélvico puede revelar un crecimiento uterino continuado o un tumor, condiciones que se pueden sentir dentro del tracto genitourinario.

Paraclínicos

- a) HCG sérica cuantitativa
- b) TC para detectar un tumor metastásico potencial en cualquier órgano
- c) Radiografía del tórax.

Tratamiento:

Después del diagnóstico inicial se hacen una historia y un examen meticuloso para descartar la existencia de metástasis. El tratamiento de elección es la

quimioterapia.

En pocas ocasiones se indica una histerectomía debido a la extrema sensibilidad del coriocarcinoma a la quimioterapia. Más del 90% de las mujeres con la enfermedad maligna pero sin metástasis consiguen conservar su capacidad reproductiva.



Expectativas:

Casi todas las mujeres con enfermedad maligna pero sin metástasis se curan y más de un 90% conservan su función reproductiva.

Algunas mujeres con enfermedad maligna metastásica pueden tener un mal pronóstico si cumplen con una de las siguientes condiciones:

- 1) Diseminación al hígado o al cerebro
- 2) Nivel de la HCG sérica mayor a 40.000 mIU/ml en el momento de inicio del tratamiento
- 3) El haber recibido quimioterapia anteriormente
- 4) Tener síntomas (o embarazo anterior) por más de 4 meses antes del tratamiento
- 5) Embarazo a término asociado con el diagnóstico
- 6) Aproximadamente el 66% de las pacientes que tienen un mal pronóstico experimentan remisión (un estado libre de la enfermedad).

Complicaciones:

El coriocarcinoma puede recurrir, por lo general, a los pocos meses, pero incluso hasta 3 años después de finalizado el tratamiento. También se pueden presentar complicaciones asociadas con la quimioterapia o la cirugía.

Si se hace una histerectomía, tendrá como resultado la infertilidad y se dará el inicio de la menopausia si también se extirpan los ovarios.



Cáncer de las Trompas de Falopio

Es un crecimiento anormal de células malignas (neoplasma, tumor) en uno o en ambos tubos de Falopio de una mujer.

Incidencia del Cáncer de las Trompas de Falopio.

La incidencia máxima es en mujeres de 60 - 64 años de edad, pero puede continuar ocurriendo en mujeres que están en tempranos a mediados años 80. La diagnosis es más común en mujeres caucásicas que en mujeres negras, aunque la causa para esto no está bien entendida.

Factores de Riesgo para el Cáncer de las trompas de Falopio

Dado su rareza, las causas y los factores de riesgo para desarrollar el cáncer primario del tubo de Falopio no se definen claramente. Ha habido una cierta asociación del cáncer con la infección y/o la inflamación crónica de los tubos de Falopio (debido a las enfermedades transmitidas sexualmente y no tratadas, por ejemplo), aunque una relación causa-efecto no se ha establecido definitivamente.

Síntomas

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal, descarga vaginal, y/o dolor pélvico. Como regla general, cualquier sangrado vaginal en mujeres posmenopáusicas debe ser rápidamente y cuidadosamente evaluada. La descarga vaginal puede estar teñida con sangre y no parece ser relacionada con infección y no responde al tratamiento antibiótico. Finalmente, el dolor pélvico puede ocurrir debido al líquido atrapado que bloquea y que dilata el tubo de Falopio.



Hay un síndrome llamado "hydrops tubae profluens" que consiste en: 1) una masa pélvica, 2) descarga vaginal acuosa o miel-coloreada profusa, y 3) dolor pélvico que esencialmente desaparece con la desaparición repentina de la masa. Aunque esta tríada se encuentra raramente en la práctica, es un síndrome de diagnóstico clásico para la enfermedad del tubo de Falopio.

Diagnostico

En última instancia, la mayoría de los médicos sienten que la diagnosis requiere cirugía, evaluar los tubos y obtener especimenes definitivos del tejido fino.

Los niveles del líquido seroso de un marcador llamado CA-125 pueden ser anormalmente altos en pacientes con enfermedades ginecológicas, en tipos con cáncer y con no-cáncer (enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, embarazo temprano). Aunque esto hace que el CA-125 no sea específico, la comprobación de un nivel pre-operativo se recomienda a menudo en una mujer posmenopáusica con una masa pélvica, si por ninguna otra razón que establecer un valor de línea de fondo para una comparación más adelante y el gravamen de la respuesta a la terapia.

Estadios

Etapa 0 Carcinoma in situ (limitado a la mucosa tubal)

Etapa I Crecimiento limitado a los tubos de falopio

Etapa IA Crecimiento limitado a un tubo con la extensión en la submucosa y/o muscularis pero no penetra la superficie serosal, ninguna ascitis

Etapa IB Crecimiento limitado a los tubos con la extensión en la submucosa y/o a los muscularis pero no penetra la superficie serosal, ninguna ascitis



- Etapa 1C Tumor de etapa 1^a o 1B con la extensión del tumor con o sobre el serosa tubarica O con ascitis que contienen las células malignas O con lavados peritoneales positivos
- Etapa II Crecimiento que implica un o ambo tubos de falopio con la extensión pélvica
- Etapa IIA Extensión y/o metástasis al útero y/o a los ovarios
- Etapa IIB Extensión a otros tejidos finos pélvicos
- Etapa IIC Etapa IIA del tumor u o IIB Y con ascitis que contienen las células malas O con el lavado peritoneal positivo.
- Etapa III Tumor que implica un o ambos tubos con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. Metástasis superficial del hígado es igual a la etapa III . El tumor parece estar limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos pero con extensión maligna al intestino o al epiplón pequeño probada histológicamente
- Etapa IIIA Tumor limitado gruesamente a la pelvis verdadera con ganglios negativos pero con sembradura microscópica a las superficies peritoneales abdominales confirmada histológicamente
- Etapa IIIB Tumor que implica un o ambo tubos con implantes a las superficies peritoneales abdominales histológicamente confirmados, ninguno que excede 2 centímetros de diámetro. Ganglios linfáticos negativos
- Etapa IIIC Implantes abdominales mayor de 2 centímetros de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos
- Etapa IV Crecimiento que invade un o ambo tubos de falopio con metástasis distantes. Si la efusión pleural está presente, debe haber citología positiva para ser etapa IV.



Tratamiento

- 1.- Cirugía
- 2.- Radioterapia
- 3.- Quimioterapia
- 4.-Terapia Hormonal
- 5.- Modalidad combinada

Cáncer de vulva

Es un crecimiento anormal de células malignas (neoplasma, tumor) en la vulva.

Tipos de cáncer vulvar

La mayoría de cánceres vulvar son carcinomas de célula escamosa, que se desarrollan típicamente en los bordes de los labios mayores / menores o de la vagina. El melanoma es el segundo tipo común y representa el cerca de 5% - 10% de casos vulvar; como mitad implican los labios mayores. Los adenocarcinomas de la vulva son también raros, pero pueden desarrollarse de las glándulas tales como las glándulas de Bartolino en la abertura vaginal.

Factores de riesgo para el cáncer vulvar

Además de edad, el cáncer vulvar se ha asociado con una historia de:

- infección con los tipos de riesgo elevado de HPV, (IE: HPV 16,18,31)
- parejas sexuales múltiples/ enfermedades transmitidas sexualmente
- cáncer cervical



- inmunodeficiencia
- presencia de la irritación vaginal y vulvar crónica

fumar

Síntomas del cáncer vulvar

El síntoma clásico es picazón vulvar (prurito), divulgado en el casi 90% de las mujeres con el cáncer vulvar. Puede también asociarse dolor, sangría, descarga vaginal, y/o dolor al orinar.

También, las mujeres desarrollan a menudo una masa vulvar visible: el subtipo de la célula escamosa puede parecer masitas elevadas blancas, rosadas o rojas, mientras que el melanoma vulvar característico presenta como un crecimiento ulcerado coloreado.

Diagnostico del cáncer de vulva

Primero, una examinación ginecológica cuidadosa se debe realizar usando un colposcopio para una visualización mejor. También, cualquier área que aparece anormal se debe remover junto con tejido fino normal circundante usando una biopsia gruesa de forma acunada (generalmente bajo anestesia local). Si el área es pequeña, debe ser quitada enteramente con el proceso de la biopsia (la llamada biopsia excisional).

Estadios del cáncer de vulva según la FIGO:

Etapas 0 - neoplasia intraepitelial vulvar



Etapa I - el cáncer se limita a la vulva y al perineo, y mide < 2 centímetros en tamaño

Etapa II - el cáncer se limita a la vulva y al perineo, pero el tumor es > 2 centímetros en tamaño

Etapa III - cáncer extendido a la vagina, a la uretra, al ano, y/o a los ganglios linfáticos en la ingle

Etapa IV - cáncer extendido a la vejiga, al intestino, al hueso pélvico, a los ganglios linfáticos pélvicos, y/o a otras partes del cuerpo

Tratamiento del cáncer vulvar

Las opciones del tratamiento por etapa son como siguen:

Etapa 0

- Extirpación local amplia, cirugía de láser, o una combinación de ambos
- Vulvectomy cutánea
- Ungüento de quimioterapia

Etapa I

- Extirpación local amplia
- Extirpación local amplia radical con el retiro de todos los ganglios linfáticos cercanos de la ingle / del muslo superior



- Vulvectomy radical y retiro de los ganglios linfáticos cercanos de la ingle (y a veces de los ganglios linfáticos en el lado opuesto del cuerpo)
- Radioterapia sola (en pacientes seleccionados)

Etapa II

- Vulvectomy radical y retiro de los ganglios linfáticos de la ingle en ambos lados del cuerpo, más radioterapia después de la cirugía a la pelvis si los ganglios linfáticos son positivos para el cáncer
- Radioterapia sola (en pacientes seleccionados)

Etapa III

- Vulvectomy radical y retiro de los ganglios linfáticos de la ingle / del muslo superior en ambos lados del cuerpo, más radioterapia después de la cirugía a la pelvis y a la ingle si los ganglios linfáticos son positivos para el cáncer o si el tumor vulvar primario es muy grande
- Radioterapia y quimioterapia, seguidas por vulvectomy radical y el retiro de los ganglios linfáticos en ambos lados del cuerpo.
- Radioterapia (en pacientes seleccionados) con o sin quimioterapia.

Etapa IV

- Exenteración pélvica, que incluye vulvectomy radical y el retiro de la parte de abajo del colon, el recto, o la vejiga (dependiendo de donde el cáncer se ha extendido), así como el útero, el cuello de la matriz, y la vagina
- Vulvectomy radical seguida por radioterapia



- Radioterapia seguida por vulvectomía radical



SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL
Incidencia de Cáncer	Incidencia	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer que ingresaron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006	-Número y porcentaje según respuestas a las preguntas del RCGO
Características Personales	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al ingreso hospitalario de la paciente con cáncer, que ingresan al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.	- Edad promedio en años de los pacientes Hospitalizadas con cáncer, según la pregunta N° 6 del R.C.G.O
	Estado civil	Conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada paciente con la familia que ha formado que ingresaron con diagnóstico de cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.	- Paciente casada, soltera, divorciada o viuda según la pregunta 4.1 del R.C.G.O
	<i>Paridad</i>	Número de partos que presenta la paciente con cáncer, antes de su ingreso al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero". San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. en el lapso 2002-2006	- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 6.2 del R.C.G.O



SISTEMAS DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL
<p>Características Personales</p>	<p>Procedencia</p>	<p>Origen o lugar de salida de la paciente hospitalizada con diagnostico de cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006</p>	<p>- Lugar de origen o salida de la paciente hospitalizada según la pregunta numero 10 del R.C.G.O</p>
	<p>Antecedentes de infección por VPH</p>	<p>Antecedentes de infección por V.P.H en pacientes que ingresaron con diagnostico de cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 15 tercer dígito del R.C.G.O</p>
	<p>Numero de parejas sexuales</p>	<p>Numero de personas con las que ha consumado una relación sexual las paciente que ingresa con Cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>- Números y porcentajes de respuesta a la pregunta 7 del R.C.G.O</p>



SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL
Método diagnóstico del Cáncer	Método diagnóstico	Procedimiento realizado para lograr el diagnóstico de Cáncer en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.	- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 15 del R.C.G.O
Tiempo de evolución	Tiempo de evolución	-Tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología al diagnóstico de Cáncer en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.	-Tiempo en meses según respuesta a la pregunta 23 del R.C.G.O
Tipos de Cáncer	Tipos de Cáncer	-Denominación de las diferentes tumoraciones malignas en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.	- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 21 del R.C.G.O
Tratamiento	Tratamiento	-Metodología, terapéutica (Quimioterapia, Radioterapia y cirugía) utilizada en el tratamiento Oncológico de la paciente ingresada en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.	- Frecuencia y porcentaje de respuestas a las pregunta 23 del R.C.G.O



CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

El presente estudio desde el punto de vista de su temática y objetivos se ubica en la modalidad Investigación de Campo que según Bisquerra, R.(1.989), es aquella “...cuyo objetivo está en conseguir una situación lo mas real posible...”(p.68), debido a ello esta investigación se va a realizar en el lugar de los acontecimientos, en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix, estado Bolívar.

La Investigación de Campo es de tipo Descriptiva, ya que tiene como función la descripción y “...Caracterización de un hecho, fenómeno o grupo, con el fin de establecer su estructura o su comportamiento...” (p.22), de acuerdo con lo señalado por Arias F. G.(2004). En este caso se caracterizan las pacientes con diagnostico de Cáncer, que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el lapso 2002-2006; con el fin de establecer el Registro de Cáncer en este Centro Asistencial

Desde el punto de vista Epidemiológico es un estudio Observacional, Descriptivo, sustentado en lo formulado por Beaglehole, R. y Bomta, R. (1.994), “...En un estudio Observacional-descriptivo el investigador mide pero no interviene, describe la frecuencia y características de un determinado grupo de pacientes con una enfermedad específica...” (p.33). De allí que se observaran y describirán las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas con cáncer en el servicio de Gineco-Obstetricia en el lapso 2002-2006. Las historia clínicas representaran las unidades



de análisis en consecuencia se evaluarán los resultados aportados por cada una de ellas.

Población y Muestra

Población.

La población es el conjunto representativo de individuos a consultar en cualquier investigación de Campo, Observacional y descriptiva. Siguiendo este orden, la población está determinada por ciertas características definitorias. Por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina *población* o *universo*. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación. Entonces, una población es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones (Sabino, 2007, s/p, www.carlosabino_panapo.com). En relación a la exposición anterior la Población y Muestra tomada a efectos de la investigación presentada estuvo representada por todas las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, a las cuales se les diagnosticó cáncer en el lapso 2002-2006.

Así, mismo en esta Investigación se cuenta con unidades de análisis que estarán representada por las historias clínicas de las pacientes que se les diagnosticó cáncer en el lapso 2002-2006 en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, San Félix. Estado-Bolívar.



Muestra.

Cuando se seleccionan elementos con la intención de averiguar algo sobre la población determinada, se refiere a este grupo de elementos como *muestra*. Por supuesto, se espera que lo que se averigua en la muestra sea cierto para la población en su conjunto. La exactitud de la información recolectada depende en gran manera de la forma en que fue seleccionada la muestra. En estricto sentido, cuando no es posible medir cada uno de los individuos de una población, se toma una muestra representativa de la misma (Ibid, s/p.). Por tanto, la muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y, por tal, refleja las características que definen la población de la que fue extraída, lo cual indica que es representativa.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Los métodos de investigación como procesos sistemáticos permiten ordenar la actividad de una manera formal, lo cual genera el logro de los objetivos. Es importante destacar que los métodos de recolección de datos, se puede definir como: al medio a través del cual el investigador se relaciona con los participantes para obtener la información necesaria que le permita lograr los objetivos de la investigación (Hernández, 2003, p. 99). De modo que para la recolección de los datos, se tuvo presente el siguiente esquema:

1. Seleccionar un instrumento de medición el cual debe ser valido y confiable para poder aceptar los resultados
2. Aplicar dicho instrumento de medición
3. Organizar las mediciones obtenidas, para poder analizarlos



Para la obtención de los datos fue utilizada una entrevista epidemiológica, formalizadas en base a un cuestionario diseñado por el investigador, dicha recolección se obtuvo por medio de la información contenida en las historias clínicas pertenecientes a individuos que forman parte de la Población y Muestra y también información recabada del departamento de Estadística del Hospital Dr “Raul Leoni Otero”.

El cuestionario será semi-estructurado con preguntas abiertas y cerradas de carácter categórico y dicotómicas; el cual permitirá cuantificar cada una de las variables que se estudiarán en esta investigación.

El cuestionario se denominará: Registro de Cáncer en Gineco-Obstetricia. **(R.C.G.O)**.

A este cuestionario se le realizó estudios de validez de contenido por tres expertos y se le calculó su confiabilidad a través del coeficiente alfa de Crombachs, antes de ser aplicado.

Procedimientos

La investigación se realizó en las siguientes etapas:

1.- Solicitud de autorización para la revisión de las historias clínicas a la coordinación docente, a la jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia y al departamento de registros médicos del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, San Félix. Estado-Bolívar.

2.- Visitas realizadas al departamento de Registros Médicos del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” para recabar información.

3.- Revisión bibliografía y documental.

4.- Selección de los individuos que forman parte de la población y muestra.



- 5.- Diseño y validación de los Instrumentos.
- 6.- Aplicación del Instrumento de Recolección de Datos.
- 7.- Tabulación de los Datos.
- 8.- Análisis de los Datos.
- 9.- Presentación de los Resultados.

Técnicas de Recolección, Tabulación Y Análisis de los Datos

Por observación directa de las Historias Clínicas se recolectaron los datos, utilizando como instrumento el formulario: **a) R.C.G.O.**

Los datos recabados en este cuestionario fueron tabulados a través del paquete estadístico, para el análisis se utilizó metodología cuantitativa y los resultados se presentaran en tablas y gráficos



CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS

Tabulación, Análisis Y Presentación De Los Resultados

Cuadro 1:

**Incidencia del Cáncer por año en el Servicio de Gineco-Obstetricia.
Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso
2002-2006.**

Año	Ingresos	Pacientes con Cáncer	Incidencia
2002	8.914	61	0.68%
2003	8.966	58	0.64%
2004	8.787	72	0.81%
2005	6.713	56	0.83%
2006	8.519	65	0.76%

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: En cuanto a la incidencia de cáncer en el de Servicio de Ginecología y Obstetricia se encontró que para el año 2002 se ingresaron 8914 pacientes de las cuales 61 (0.68%) se les diagnosticó Cáncer; en el año 2003 el ingreso fue de 8966 pacientes pero solo 58 (0.64%) presentaron la patología en estudio; en el año 2004 ingresaron 8787 pacientes de las cuales 72 (0.81%) presentaron Cáncer; en el año 2005 se ingresaron 6713 pacientes presentando Cáncer solo 56 (0.83%) de las mismas



y para el año 2006 el ingreso de pacientes fue de 8519 donde 65 (0.76%) de estas pacientes presentaron Cáncer.

Cuadro 2:

Tipos de Cáncer relacionado por año en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Año	Cuello Uterino %	Ovario %	Endometrio %	Vulva %
2002	56 91.81	2 3.27	3 4.92	0
2003	54 93.10	1 1.72	3 5.17	0
2004	68 94.44	2 2.77	1 1.39	1 1.39
2005	53 94.64	1 1.78	2 3.57	0
2006	59 90.76	3 4.61	3 4.61	0

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: relacionando el tipo de Cáncer obtenido por año se observa que para el 2002 de las 61 pacientes con Cáncer 56(91.80%) presentaron Cáncer de Cuello Uterino, 2 (3.27%) con Cáncer de Ovario y 3(4.92%) Cáncer de Endometrio; en el año 2003 de las 58 pacientes con Cáncer 54(93.10%) presentaron Cáncer de cuello uterino, 3 (5,17%) Cáncer de Endometrio y 1 (1,72%) portadora de Cáncer de Ovario; en el año 2004 los casos reportados fueron 72 pacientes con Cáncer de la cual, 68 (94.44%) era Cáncer de Cuello Uterino, 2 (2.77%) portadoras de Cáncer de Ovario y 1 (1.39%) con diagnostico de Cáncer de Vulva; en el año 2005 se presentaron 56 casos de Cáncer siendo 53 (94.64%) Cáncer de Cuello Uterino, 2 (3.57%) Cáncer de Endometrio y 1 (1.78%) Cáncer de Ovario; sin embargo para el año 2006 de los 65 casos de Cáncer 59 (90.76%) eran portadoras de Cáncer de Cuello Uterino, 3 (4.61%) se les diagnostico Cáncer de Ovario y 3 (4.61%) reportaron Cáncer de Endometrio.



Cuadro 3:

Incidencia del Cáncer según la edad de las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Edad	Paciente con Cáncer	Incidencia de Cáncer
15-20 años	06	1.92%
21-30 años	17	5.45%
31-40 años	96	30.76%
41-50 años	152	48.71%
51-60 años	27	8.65%
61-70 años	10	3.20%
71-80 años	04	1.28%
Total	312	100%

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: según lo observado la presencia de Cáncer en los diferentes grupos de edades la mayoría de las pacientes afectadas oscilan entre 41 y 50 años de edad el cual es equivalente a un porcentaje de incidencia de 48.71% total de las 312 pacientes estudiadas .

**Cuadro 4:**

Incidencia del Cáncer de Cuello Uterino relacionado con antecedentes del Virus de Papiloma Humano en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Tipo de Cáncer	Cáncer de Cuello Uterino	Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino
Antecedentes VPH		
SI	50	17.24 %
NO	240	82.76%
Total	290	100%

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: de 290 pacientes portadoras de Cáncer de cuello uterino, 240 (82.76%) no reporto como antecedentes la presencia del Virus de Papiloma Humano; sin embargo 50 (17.24%) de las mismas pacientes en estudio reportaron antecedentes del Virus de Papiloma Humano.



Cuadro 5:

Incidencia de los diferentes tipos de Cáncer según número de parejas sexuales en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Tipo de Cáncer	Cuello Uterino	Ovario	Endometrio	Cáncer de Vulva
No. Parejas Sexuales.				
1	31 (9.93%)	02 (0.64%)	3 (0.96%)	0
2	214(68.58%)	07 (2.24%)	5 (1.60%)	1(0.32%)
3	35 (11.21%)	0	4 (1.28%)	0
>4	10 (3.20%)	0	0	0

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: Según el análisis epidemiológico otro antecedente estudiado fue el numero de parejas sexuales, de 312 pacientes portadoras de Cáncer; 290 presentaban Cáncer de Cuello Uterino 31 (9.93%) refirió haber tenido 1 sola pareja, 214 (68.58%) 2 parejas sexuales; 35 (11.21%) 3 parejas sexuales y 10 (3.20%) refirió hasta mas de cuatros parejas. En cuanto a las 9 pacientes portadoras de Cáncer de Ovario 2(0.64%) refirió haber tenido una sola pareja sexual 7 (2.24%) solo 2 parejas sexuales. Con respecto al Cáncer de Endometrio solo 12 pacientes presentaron esta patología del cual 3 (0.96%) expuso haber tenido una sola pareja sexual, 5 (1.60%) haber tenido 2 parejas sexuales y 4 (1.28%) refirió haber tenido hasta 3 parejas. Para el caso de Cáncer de Vulva solo una paciente presento esta anomalía la cual refirió haber tenido hasta 2 parejas sexuales.

**Cuadro 6:**

Incidencia de Cáncer relacionado con la paridad de las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Paridad	Pacientes con Cáncer	Incidencia de Cáncer
0	1	0.32%
I	10	3.20%
II-III	34	10.89%
>IV	267	85.57%
Total	312	100%

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: En cuanto a la relación de la paridad de las 312 pacientes estudiadas se observó que 1 (0.32%) de ellas reporto ser nulípara; otras 10 (3.20%) reporto haber tenido un solo parto; 34 (10.89%) expone haber tenido hasta tres partos y 267 (85.57%) pacientes reportan haber tenido hasta mas de cuatro partos.



Cuadro 7:

Método Diagnóstico Utilizado para la detección de Cáncer en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Método Diagnóstico	Pacientes con Cáncer	Incidencia
Biopsia	312	100
Total	312	100%

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: La biopsia fue el único método que se utilizó para hacer el diagnóstico de la patología en estudio de un total de 312 pacientes el 100% cubrió esta técnica.

**Cuadro 8:**

Tipos Histológicos más frecuentes de Cáncer encontrados en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Tipos Histológicos	Numero	%
Cáncer de Células Grandes Queratinizantes	285	91.73
Adenocarcinoma de Endometrio	12	3.85
Carcinoma de células pequeñas	5	1.60
Tumor Seroso de Ovario	4	1.28
Teratoma	3	0.96
Digerminoma	1	0.32
Adenocarcinoma Papilar	1	0.32
Carcinoma Epidermoide de Vulva	1	0.32
Total	312	100%

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: Al estudiar el hallazgo histopatológico de los diferentes tipos de Cáncer se encontró que el mas frecuente fue el Cáncer de Células Grandes Queratinizantes con 285 (91.73%) casos; seguido por el Adenocarcinoma de Endometrio con 12 (3.85%) casos; en tercer lugar el Carcinoma de Células Pequeñas con 5 (1.60%) casos; en el Tumor Seroso de Ovario se presentaron 4 (1.28%) casos; siguiendo en menor numero de casos el Teratoma con 3 (0.96%) y los restantes se observo solo 1 (0.32%) caso.

**Cuadro 9:**

Tratamiento aplicado en los diferentes tipos de Cáncer a las pacientes que ingresaron en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Estado Bolívar. Venezuela. Lapso 2002-2006.

Tratamiento aplicado	Cuello Uterino	Ovario	Endometrio	Vulva
Quimioterapia	0	0	0	0
Radioterapia	28 (8.97%)	0	0	0
Cirugía	35 (11.21%)	06 (1.92%)	0	0
Quimioterapia vs. Radioterapia	225 (72.11%)	03 (0.96%)	04 (1.28%)	01 (0.32%)
Quimioterapia Radioterapia cirugía	02 (0.64%)	0	08 (2.56%)	0

FUENTE: Formulario de Recolección de Datos. Departamento de Registros Médicos y datos del Departamento de Estadística.

Análisis: Al evaluar el tratamiento aplicado en los diferentes tipos de Cáncer se observó que de 312 pacientes estudiadas en total, ninguna fue sometida como único tratamiento a la Quimioterapia. En el caso de la Radioterapia fue aplicada a 28 (8.97%) pacientes con Cáncer de Cuello Uterino; sin embargo la Cirugía se le aplico a 35 (11.21%) y 6 (1.92%) pacientes con Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Ovario respectivamente; En cuanto a la Quimioterapia y Radioterapia se observa que fue el tratamiento mas aplicado en los diferentes tipos de Cáncer tal como se presenta en el Cáncer de Cuello Uterino con 225 (72.11%) casos, para el Cáncer de Ovario se sometieron 3 (0.96%) pacientes, para el Cáncer de Endometrio se le aplico a 4



(1.28%) pacientes y una sola pacientes en el caso de Cáncer de Vulva. Otro tratamiento aplicado pero en menor escala fue la combinación de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía reportándose 2 (0.64%) pacientes con Cáncer de cuello uterino y 8 (2.56%) pacientes con Cáncer de Endometrio



CAPITULO V

DISCUSION

La incidencia y la localización de la Neoplasia Ginecológica del presente estudio coincide con la ubicación registrada en los estudio de Cuba y Colombia, donde el Cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar, seguido del Cáncer de Endometrio y el tercer lugar lo ocupa el Cáncer de ovario.

La Tasa de Incidencia de Cáncer Ginecológico en la población estudiada fue en el año 2004; Afectando principalmente al grupo etáreo entre 41-50 años.

La edad promedio de presentación coincide con la edad promedio de las bibliografías consultadas, encontrándose en Colombia una mediana de 47 y una media 48.8 para el Cáncer de Cuello Uterino, en Cuba se encuentra un rango de edad entre 20 y 39 años para Cáncer de Cuello Uterino y Ovario.

En relación a la variedad histológica mas frecuente en el Cáncer de Cuello Uterino mi estudio coincide con los hallazgo del estudio realizado en 10 años en Cuba donde el primer lugar lo ocupa el Carcinoma Epidermoide con un 21% y con estudios realizados en Colombia donde el tipo Epidermoide constituye el 83.3%.



CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Posterior a la revisión del tema de los registros de cáncer y del estudio de la experiencia mostrada en los distintos países desarrollados y en los escasos resultados de los registros de cáncer en los países en vías de desarrollo, es posible concluir que:

– El estudio del cáncer requiere el desarrollo de estrategias básicas, entre las cuales determinar su importancia epidemiológica es la primera etapa, lo cual requiere de un registro de cáncer.

– El inicio de un registro de cáncer requiere de claras definiciones, objetivos y metas a través de una serie de consideraciones técnicas que van más allá de la simple recopilación de datos. La información debe ser codificada, estándar, comparable y su flujo debe ser constante en el tiempo.

- La Tasa de Incidencia de Cáncer Ginecológico en la población estudiada fue en el año 2004; Afectando principalmente al grupo etáreo entre 41-50 años.

- La ubicación más frecuente resultó ser el cuello uterino, siendo el Cáncer de células grandes queratinizantes el más frecuente con un 91, 73%.



Recomendaciones

Implementar un Registro de Cáncer que se utilice como Sistema de Información orientado a llevar las estadísticas en cuanto al Cáncer Ginecológico, de manera que sirva como instrumento de investigación y referencia para evaluar el comportamiento del mismo.



BIBLIOGRAFIA

BEAGLEHOLE, R Y BOMTA, R. (1994). Epidemiología Básica. Washington D.C...Organización Panamericana de la Salud. 1994. (pp. 33)

BENDER H, JONES H,: FIGO Staging classification and clinical practice guidelines in the management of Gynecological Cancers. Int. J. Gynecol Obstet 2000; 70: 209-262.

BISQUERRA, R. (1.998). Métodos de Investigación Educativa. Guía practica. España. Ediciones CEAC 1998. (pp.68)

CAPOTE NEGRÍN L. Epidemiología del cáncer de cuello Uterino en Venezuela. Registro Central de Cáncer de la Dirección de Oncología (MSAS). Venezuela 1998,
(Documento mimeografiado).

DIRECCIÓN DE ONCOLOGÍA, MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL DE VENEZUELA Registro Nacional de Tumores. Manual para la elaboración de los Formularios. Caracas, (1978). .

DIRECCIÓN DE ONCOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL DE VENEZUELA. Programa Nacional de Pesquisa y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Manual de Normas Técnicas, Administrativas y Guía de Implantación. Caracas, 1993:6-10.

FIDIA. G. ARIAS. (2004) El proyecto de Investigación Editorial Episteme, C.A 4ta Edición Caracas-Venezuela



JENSEN OM, PARKIN DM, MACLENNAN R, MUIR CS, SKEET RG. (1999) Registros de Cáncer: Principios y métodos. IAR. Publicación Científica N° 349, Washington 1999

MILLER A B. (1996). Taller Centro Americano sobre la detección del cáncer de cuello uterino. Bol Ofic Sanit Panamá 1996; 121(6):589-601.

MOLINA J, GUZMÁN BISTONI C, MÉNDEZ V, BLASCO-OLAETXEA E, GARCÍA TAMAYO J. Alteraciones cromosómicas en el cáncer del cuello uterino. En Vitae-Academia Biomédica Digital Octubre-diciembre 2005. Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeVeinticinco/>

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). Manual para la Estandarización de registros de cáncer de H. C. Publicación Científica N° 95. Lyon, Francia. 19.

RESTREPO H E, GONZÁLEZ J, ROBERTS E, LITVAK J. Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol Ofic Sanit Panamá 1987;102(6):578-593.97.

ROBLES S, WHITE F, PERUGA A. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en las Américas. Bol. Ofic. Sanit Panamá 1996;121 (6):479-490.

ROBLES S C. Tamizaje del cáncer de cuello de útero: Presentación del número monográfico. Bol Ofic Sanit Panam 1996; 121 (6):473-477.

Twenty-third Volume of FIGO Annual report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Publicación Científica N° 95. Lyon, Francia. 1997



ANEXOS



DEFINICIONES DE TERMINOS BASICOS

Definición de un Registro de Cáncer: Sistema de recolección individualizada, continua y sistemática de los datos inherentes a los casos de cáncer, que ocurren en una población (registro de cáncer poblacional) o que son atendidos en una institución (registro de cáncer institucional o de hospital).

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso hospitalario de la paciente con Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.

Egreso: condición de salida de la paciente hospitalizada con Cáncer que ingresaron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006

Incidencia: Número de pacientes con diagnóstico de cáncer que ingresaron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006

Estado civil: Conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada paciente con la familia que ha formado, que ingresaron con diagnóstico de cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.

Paridad: - Numero de partos que presenta la paciente con cáncer, antes de su ingreso al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero". San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006

Parejas sexuales: Numero de personas con las que ha consumado una relación sexual la paciente que ingresa con Cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del



Hospital Dr. “Raúl Leoni Otero” San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.

Procedencia: Origen o lugar de salida de la paciente hospitalizada con diagnóstico de cáncer Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006

Método diagnóstico: Procedimiento realizado para lograr el diagnóstico de Cáncer en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. en el lapso 2002-2006

Tiempo de evolución: Tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología al diagnóstico de Cáncer en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.

Cáncer: Denominación de las tumoraciones malignas.

Tratamiento Quirúrgico: Procedimientos dirigidos a la cirugía de la paciente con Cáncer que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.

Promedio de la estancia: días transcurridos desde la admisión al egreso hospitalario de la paciente hospitalizada con Cáncer en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.



Referencia: Centro Asistencial desde, donde es enviada la paciente con Cáncer para su hospitalización en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.

Tratamiento Medico: Utilización exclusiva de medicamentos aplicados a las pacientes hospitalizadas con Cáncer en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. “Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.



**REGISTRO DE CÁNCER CON TODOS LOS CASOS
DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL
HOSPITAL "DR. RAÚL LEONI OTERO" SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR.
VENEZUELA. DURANTE EL LAPSO 2002-2006.**

**REGISTRO DE CANCER EN GINECO-OBSTETRICIA
(R.C.G.O)**

Autor: Salazar, Elvis

**REGISTRO DE CANCER EN GINECO-OBSTETRICIA (R.C.G.O)**

1. NUMERO DE REGISTRO DE TUMOR:	
2. SERVICIO LOCAL:	
3. APELLIDOS:	NOMBRES:
4. C. IDENTIDAD:	4.1 EDO. CIVIL: C <input type="radio"/> S <input type="radio"/> DV <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>
5. SEXO: F <input type="radio"/>	
6. FECHA DE NACIMIENTO:	6.1 Raza 6.2 PARIDAD:
7. Numero de parejas sexuales:	
8. LUGAR DE NACIMIENTO : PAIS: VENEZUELA: <input type="radio"/> OTRO PAIS : <input type="radio"/> ESPECIFIQUE EL PAIS:	
SI NACIO EN VENEZUELA ESPECIFIQUE: LOCALIDAD: ESTADO: MUNICIPIO: PARROQUIA <input type="text"/> <input type="text"/>	
10. PROCEDENCIA: _____ ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ PARROQUIA: _____	
11. EDAD DE LA 1^{ERA} CONSULTA O ADMISION: <input type="text"/>	12. FECHA DEL 1^{ER}
DIAGNOSTICO:	
13. FECHA DE LA 1^{ERA} CONSULTA O ADMISION AL HOSPITAL QUE ESTA HACIENDO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
14. N^O DE HISTORIA CLINICA DEL HOSPITAL:	

**15. INVESTIGACION PERTINENTE AL DIAGNOSTICO DEL CANC****PRIMER DIGITO**

- 1. ○ CLINICO
- 2. ○ LABORATORIO
- 3. ○ RX
- 4. ○ ULTRASONIDO
- 5. ○ TAC
- 6. ○ RMN
- 7. ○ MEDICINA NUCLEAR
- 8. ○ OTRO (ESPECIFICAR)
- 9. ○ SIN ESPECIFICACION

SEGUNDO DIGITO

- 1. ○ ENDOSCOPIA
- 2. ○ CIR. EXP
- 3. ○ 1+2
- 4. ○ CITOL./HEMATO
- 5. ○ 1+4
- 6. ○ 2+4
- 7. ○ 1+2+4
- 8. ○ ESTUDIO MO
- 9. ○ SIN ESPECIFICACION

TERCER DIGITO

- 1. ○ HISTOLOGIA METASTASIS
- 2. ○ HISTOLOGIA TU PRIMARIO
- 3. ○ INMUNOHISTOQUIMICA
- 4. ○ CITOMETRIA DE FLUJO
- 5. ○ CITOLOGIA
- 6. ○ BIOLOGIA MOLECULAR
- 7. ○ MARCADORES TUMORALES
- 8. ○ 4+6
- 9. ○ SIN ESPECIFICACION

16. BASES MAS VALIDA DEL DX

- 1. ○ CLINICAS SOLAMENTE
- 2. ○ INVESTIGACION CLINICA
- 3. ○ CIRUGIA EXPLORATORIA
- 4. ○ PRUEBAS ESPECIFICAS BIOQUIMICAS
- 5. Citología-HEMATLOGIA
- 6. ○ HISTOLOGIA DEL TU. PRIMARIO
- 7. ○ HISTOLOGIA DE METASTASIS
- 8. ○ AUTOPSIA
- 9. ○ SIN ESPECIFICACION

**EXTENSION CLINICA**

1. IN SITU
2. LOCALIZADA
3. EXT. DIRECTA
4. LINFA. REG. COMPROMETIDOS
5. EXT. DIR. Y LINF. REG.
6. METASTASIS A DISTANCIA
7. NO APLICABLE
8. SIN ESPECIFICACION

18. CLASIFICACION: TNM ESTADIO

20 LOCALIZACION PRIMARIA (TOPOGRAFIA)

21 TIPO HISTOLOGICO (MORFOLOGIA)

22 PRIMARIOS MULTIPLES: 1. NO 2. SI 3. DUDOSO

23 4. SIN ESPECIFICACION

24 TRATAMIENTO PLANIFICADO:

0. SIN TIO
1. CIRUGIA
2. RADIOTERAPIA
3. 1+2
4. QUIMIOTERAPIA
5. 1+4
6. 2+4
7. 1+2+4
8. OTRA TERAPIA
9. SIN ESPECIFICACION
10. TIEMPO ENTRE EL DIAGNOSTICO Y EL INICIO DEL TRATAMIENTO

24. SI RECIBE QUIMIOTERAPIA LA OBTIENE A TRAVES DE:

1. MSDS
2. I.V.S.S
3. GOBERNACION
4. ALCALDIA
5. SEGURO PRIVADO
6. PARTICULAR

25. EN CASO DE FALLECIMIENTO FECHA: DIA

--	--	--

FECHA

--	--	--



MATRIZ DE ELABORACION DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	NIVEL DE MEDIDA
<p>Determinar la Incidencia de cáncer en gineco-obstetricia en el Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero", de San Félix, estado Bolívar, Venezuela durante el lapso 2002-2006.</p>	<p>Incidencia</p>	<p>Número de pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico que ingresaron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" en el lapso 2002-2006</p>	<p>-Número y porcentaje de pacientes con cáncer según respuestas a las preguntas del RCGO</p>
<p>Determinar las características personales: edad, estado civil, paridad, raza, número de parejas sexuales, antecedentes de infección por VPH y procedencia de la paciente con cáncer en el Servicio de gineco-obstetricia en el Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero", de San Félix, estado Bolívar, Venezuela durante el lapso 2002-2006.</p>	<p>Características personales</p>	<p><u>Edad</u> - - Tiempo transcurrido desde el nacimiento al ingreso hospitalario de la paciente con cáncer, que ingresan al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p> <p><u>Estado civil</u>: Conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada paciente con la familia que ha formado que ingresaron con diagnóstico de cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p> <p><u>Paridad</u>:- Numero de partos que presenta la paciente con cáncer, antes de su ingreso al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" en el lapso 2002-2006</p> <p><u>Raza</u>: Caracteres biológicos visibles, especialmente el color de la piel y las características faciales, y la identificación propia de la paciente con cáncer, que ingresan al Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>Edad promedio en años según Pregunta 11 (R.C.G.O)</p> <p>- Paciente casada, soltera, divorciada o viuda según la pregunta 4.1 del R.C.G.O</p> <p>- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 6.2 del R.C.G.O</p> <p>- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 6.1 del R.C.G.O</p>



MATRIZ DE ELABORACION DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	NIVEL DE MEDIDA
<p>Determinar las características personales: edad, estado civil, paridad, raza, número de parejas sexuales, antecedentes de infección por VPH y procedencia de la paciente con cáncer en el Servicio de gineco-obstetricia en el Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero", de San Félix, estado Bolívar, Venezuela durante el lapso 2002-2006.</p>	<p>Características personales</p>	<p><u>Parejas sexuales:</u> Numero de personas con las que ha consumado una relación sexual la paciente que ingresa con Cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero". San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p> <p><u>VPH:</u> Es el nombre que se le da a un grupo de virus que producen una enfermedad de transmisión sexual, que incluye mas de 100 tipos o cepas que presentan la mayoría de las paciente que ingresa con diagnostico de Cáncer al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero". San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p> <p><u>Procedencia:</u> Origen o lugar de salida de la paciente hospitalizada con diagnostico de cáncer Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 7 del R.C.G.O</p> <p>Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 16.6 del R.C.G.O</p> <p>Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 10 del R.C.G.O</p>



MATRIZ DE ELABORACION DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	NIVEL DE MEDIDA
<p>Determinar el método diagnóstico de cáncer en gineco-obstetricia <i>obstetricia</i> en el Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero", de San Félix, estado Bolívar, Venezuela durante el lapso 2002-2006.</p>	<p>Método diagnóstico</p>	<p>Procedimiento realizado para lograr el diagnóstico de Cáncer en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 15 del R.C.G.O</p>
<p>Determinar el tiempo de evolución de cáncer en gineco-obstetricia <i>obstetricia</i> del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero", de San Félix, estado Bolívar, Venezuela durante el lapso 2002-2006.</p>	<p>Tiempo de evolución</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología al diagnóstico de Cáncer en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>-Tiempo en meses según respuesta a la pregunta 23 del R.C.G.O</p>
<p>Clasificar los tipos de cáncer según la localización anatómica e histología.en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero".</p>	<p>Tipos de Cáncer</p>	<p>Denominación de las diferentes tumoraciones malignas en las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" San Félix. Edo. Bolívar. Venezuela. En el lapso 2002-2006.</p>	<p>- Número y porcentaje de respuesta a la pregunta 21 a la 23 del R.C.G.O</p>
<p>Conocer al tipo de tratamiento aplicado y tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la aplicación del mismo.</p>	<p>Tratamiento</p>	<p>Metodología terapéutica(Quimioterapia, Radioterapia y cirugía) utilizada en el tratamiento Oncológico de la paciente ingresada en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. "Raúl Leoni Otero" en el lapso 2002-2006</p>	<p>- Frecuencia y porcentaje de respuestas a las pregunta 23 del R.C.G.O</p>