



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Desarrollo de la trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023

AUTORES:

**Castro Vera Rebeca Ana
Sánchez Silva Aldo Gabriel**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Otero Celi Maria Elisa

Guayaquil, Ecuador

9 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Castro Vera Rebeca Ana y Sánchez Silva Aldo Gabriel** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ELISA
OTERO CELI**

f. _____

Dra. Otero Celi María Elisa

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis Mgs.

Guayaquil, a los 09 del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Castro Vera Rebeca Ana y Sánchez Silva Aldo Gabriel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Desarrollo de la trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023”** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 09 del mes de mayo del año 2024

LOS AUTORES:



Firmado electrónicamente por:
**REBECA ANA CASTRO
VERA**

f.

Castro Vera Rebeca Ana



Firmado electrónicamente por:
**ALDO GABRIEL
SANCHEZ SILVA**

f.

Sánchez Silva Aldo Gabriel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Castro Vera Rebeca Ana y Sánchez Silva Aldo Gabriel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Desarrollo de la trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 del mes de mayo del año 2024

LOS AUTORES:



Firmado electrónicamente por:
REBECA ANA CASTRO
VERA

f.

Castro Vera Rebeca Ana



Firmado electrónicamente por:
ALDO GABRIEL
SANCHEZ SILVA

f.

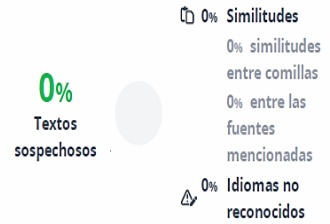
Sánchez Silva Aldo Gabriel

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

TT CASTRO REBECA y SANCHEZ ALDO, PROMOCION 72



Nombre del documento: TT CASTRO REBECA y SANCHEZ ALDO,
PROMOCION 72.pdf
ID del documento: 5a23b41c4947027429226cb73071e2d74484f8c6
Tamaño del documento original: 855,99 kB

Depositante: María Elisa Otero Cali
Fecha de depósito: 2/5/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 2/5/2024

Número de palabras: 12.738
Número de caracteres: 97.314



Firmado electrónicamente por:
MARIA ELISA
OTERO CELI

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a mis padres Gabriel y Dilma, por siempre apoyarme e impulsarme a cumplir mis metas a lo largo de mi formación académica, por estar siempre presentes cuando los necesitara y motivarme a seguir adelante cuando sentía que iba a flaquear.

A mi abuela Esmeralda le agradezco que con su cariño y amor incondicional me motivaba a seguir adelante e inspiraba con su ejemplo a siempre trabajar y nunca rendirme ante las adversidades propias de la vida. A mi hermana menor Gabriela le agradezco por ser mi confidente y apoyo cuando sentía que las exigencias de la carrera me rebasaban, gracias por siempre escucharme y recordarme el tipo de persona que aspiro ser.

Le agradezco a mis tíos David y Daisy, por brindarme un segundo hogar durante estos últimos 6 años, gracias por cuidarme y apoyarme con su cariño en este camino.

Aldo Gabriel Sánchez Silva

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme fortaleza, sabiduría y acompañarme durante todo el trayecto de mi carrera, permitiéndome desistir y ayudándome a recuperar en los momentos más difíciles donde creía que no iba a poder con lo que se avecinaba.

Le agradezco a mis padres Ana y David, que sin importar la situación me brindaron siempre su apoyo, gracias a ellos he aprendido a esforzarme por mis objetivos y con perseverancia a seguir adelante frente a todas las adversidades.

Le agradezco a mis amigos Celina, Karla, Ericka, Aldo, Mariuxi y Nicole que me acompañaron durante toda la carrera, con su amistad y apoyo el camino fue un poco difícil, pero siempre salimos adelante, y gracias por entenderme cuando les comuniqué que debía tomarme un tiempo para poder recuperarme y aun así me siguieron apoyando. En especial a mi amiga Celina, que siempre nos encontrábamos para estudiar, no importando la hora ni día, teniéndome mucha paciencia cuando no comprendía algún tema, acogiéndome en su casa cuando eran las clases virtuales y a su abuelo que me ayudaba a transportarme a mi casa; también le agradezco a Karla por ser mi primera amiga cuando ingresé a la facultad, acercándose para hacerme conversa cuando no sabía para donde ir y no dejándome sola.

Le agradezco a mis amigos del internado, la mejor guardia en la que pude estar, a Meche, Majito, Nancy, Dayra, Izora, ellas hacían que las guardias sean divertidas y llevaderas, me enseñaron a hacer procedimientos que no sabía y me tenían mucha paciencia si se me dificultaba.

Rebeca Ana Castro Vera

DEDICATORIA

A mi padre por ser siempre mi brújula moral y ética, un ejemplo del tipo de persona que aspiro a convertirme tanto en el plano profesional como personal. A mi madre por su gran amor y preocupación por el bienestar de sus hijos, gracias por siempre impulsarme a ser una mejor persona. A mi abuela, quien con su abrazo cariñoso y ejemplo de lucha me recordaba la importancia de nunca rendirse y de ayudar a quienes lo necesitaran de forma desinteresada. A mi hermanita, por motivarme a seguir adelante y convertirme en un buen ejemplo a seguir para ella.

Aldo Gabriel Sánchez Silva

DEDICATORIA

A mis padres por enseñarme a confiar que el tiempo de Dios es perfecto, por tenerme siempre en sus oraciones, por formarme con valores desde pequeña, por enseñarme que las cosas siempre pasan por algo y las podemos hacer mejor. Ellos han sido mi mayor ejemplo de perseverancia y fortaleza en mis momentos más oscuros, cuando las cosas no iban tan bien, supieron brindarme sus mejores palabras y consejos. Y no menos importante, me lo dedico a mí, hubo tantas veces que quise desistir, pero nunca me rendí y siempre seguí adelante no importando lo malo que fuera. Gracias por todo el apoyo que me brindaron durante estos años y me hicieron ser mejor persona, una mejor versión de mí con la que pueden estar orgullosos.

Rebeca Ana Castro Vera



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ
DECANO DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

ÍNDICE

Resumen	XIV
Abstract	XV
CAPÍTULO I.....	2
1.1 Introducción	2
1.2 Problema a investigar:	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo General:	3
1.3.2 Objetivos específicos:.....	3
1. 4 Justificación:	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
CÁNCER DE CÉRVIX	6
2.1.1 Definición	6
2.1.2 Epidemiología.....	6
2.1.3 Patogenia	6
2.1.4 Etiología	7
2.1.5 Cuadro clínico	7
2.1.6 Diagnóstico	8
2.1.7 Estadios del cáncer	9
2.1.8 Manejo	11
2.1.9 Complicaciones	13
2.1.10 Prevención	13
2.1.11 Pronóstico	13
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	15
2.2.1 Definición	15
2.2.2 Epidemiología.....	15
2.2.3 Patogenia	15
2.2.4 Etiología	15
2.2.5 Factores de riesgo.....	16
2.2.6 Cuadro clínico	17
2.2.7 Diagnostico	17
2.2.8 Manejo	19
2.2.9 Complicaciones	19
2.2.10 Pronostico	19
CAPITULO III: METODOLOGÍA	20

3.1 Diseño del estudio:	20
3.2 Población de estudio:	20
3.2.1 Criterios de inclusión:	20
3.2.2 Criterios de exclusión:	20
3.3 Método de recogida de datos	20
3.4 Variables	20
3.5 Entrada y gestión informática de datos:	26
3.6 Estrategia de análisis estadístico:.....	26
CAPITULO IV: RESULTADOS	27
4.1 Variables cuantitativas.....	27
4.2 Variables Cualitativas	29
CAPÍTULO V:	37
5.1 Discusión.....	37
5.2 Conclusión.....	41
5.3 Recomendación.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Edad	28
Tabla 2. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: IMC	29
Tabla 3. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Índice de Wells	29
Tabla 4. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Dímero D..	30
Tabla 5. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Estadificación FIGO.....	31
Tabla 6. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Paridad.....	32
Tabla 7. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Provincia .	33
Tabla 8. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Residencia	33
Tabla 9. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Raza	34
Tabla 10. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Comorbilidades	34
Tabla 11. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Tratamiento.....	35
Tabla 12. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Otras opciones terapéuticas.....	36
Tabla 13. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Pruebas imagenológicas	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución etaria	28
Figura 2. Estadificación FIGO	32
Figura 3. Comorbilidades	35

Resumen

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación posoperatoria frecuente después de una cirugía ginecológica debido a un cáncer y puede provocar una embolia pulmonar (EP) potencialmente letal. La TVP y la EP constituyen una sola entidad patológica conocida como tromboembolismo venoso (TEV). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, con una población de 107 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y TVP, atendidos por el departamento de oncología del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, los datos fueron obtenidos mediante la revisión de historias clínicas del hospital. **Resultados:** La prevalencia de la enfermedad fue del 3.81%, afectando principalmente a pacientes entre 51 a 60 años de edad (40.18%). El estadio de cáncer de cérvix IIIB fue el más frecuente (31.78%). Los pacientes con sobrepeso son más susceptibles (54,2%). La mayoría de casos estudiados eran del Guayas (69.16%). Las principales comorbilidades fueron la hipertensión arterial (42,9%), diabetes mellitus tipo 2 (15,8%) y la hidronefrosis (15,8%). **Conclusión:** Entre los 51 a 61 años se concentran la mayor cantidad de casos. El estadio de cáncer de cérvix con mayor porcentaje casos de TVP fue el IIIB. Ambas patologías se presentan principalmente en pacientes con sobrepeso. La mayor parte de los casos reportados eran procedentes de la provincia del Guayas. La principal comorbilidad asociada fue la hipertensión arterial.

Palabras claves: Cáncer de cérvix, trombosis venosa profunda, prevalencia, comorbilidades, histerectomía.

Abstract

Introduction: Deep vein thrombosis (DVT) is a common postoperative complication after gynecological oncologic surgeries and can lead to potentially fatal pulmonary embolism (PE). DVT and PE constitute a single disease entity known as venous thromboembolism (VTE). **Objective:** Determine the prevalence of deep vein thrombosis according to the stage of cervical cancer in women between 30 and 80 years old at the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital during the period 2017-2023. **Materials and methods:** Observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study, with a population of 107 patients with a diagnosis of cervical cancer and DVT, treated by the oncology department of the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital, the data were obtained by reviewing hospital medical records. **Results:** The prevalence of the disease was 3.81%, mainly affecting patients between 51 and 60 years of age (40.18%). Stage IIIB cervical cancer was the most common (31.78%). Overweight patients are more susceptible (54.2%). The majority of cases studied were from Guayas (69.16%). The main comorbidities were arterial hypertension (42.9%), type 2 diabetes mellitus (15.8%) and hydronephrosis (15.8%). **Conclusion:** The largest number of cases are concentrated between 51 and 61 years of age. The stage of cervical cancer with the highest percentage of DVT cases was IIIB. Both pathologies occur mainly in overweight patients. Most of the reported cases were from the province of Guayas. The main associated comorbidity was arterial hypertension.

Keywords: Cervical cancer, deep vein thrombosis, prevalence, comorbidities, hysterectomy.

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación posoperatoria frecuente después de una cirugía ginecológica debido a un cáncer y puede provocar una embolia pulmonar (EP) potencialmente letal. La TVP y la EP constituyen una sola entidad patológica conocida como tromboembolismo venoso (TEV). (1) (2)

En un estudio realizado en el año 2020 en el Hospital Universitario Konkuk Chungju, Corea del sur; de un total de 315 pacientes, 80 pacientes presentan TVP y 235 pacientes no la presentan. En cuanto a la edad más común es a los $55,7 \pm 10,4$. Con un IMC de $24,9 \pm 5,3$. Siendo la afectación más común el cáncer de cuello uterino con 135 (42,9%). En el estadio I con un 47,6% que equivale a 150 pacientes. La localización más frecuente de la TVP fue en la vena iliaca con un 31,3%; siguiendo la vena femoral con un 25%. (3)

En un estudio realizado en el año 2021 en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer-SOLCA, Ecuador; de un total de 237 pacientes la edad promedio de ellas fue de 54.3 años, siendo el grupo etario más frecuente de 40 a 59 años con el 46.4%, seguido de >60 años con el 34.6%. Según diagnóstico oncológico el 88.6% son pacientes con cáncer de útero (cérvix – endometrio) y el 11.4% con cáncer de ovario. La incidencia de TVP en pacientes con cáncer útero – ovario es del 6.8%. Del total de pacientes con TVP el 63% tenía cáncer de cervix, 31% cáncer de ovario y un 6% cáncer en endometrio. La clasificación según el modelo de Wells para determinar el riesgo de TVP indicó que el 92% presentó riesgo moderado y 8% riesgo alto. (4)

En un estudio realizado en el año 2019 en el Hospital Docente de la Universidad Ahmadu Bello, Zaria, Nigeria; de un total de 77 pacientes, la edad media de los participantes fue de $54,7 \pm 11,2$ años. La paridad promedio fue de $7,5 \pm 3,1$ dentro de un rango de 3 a 11. El (60) 89,5 % de las participantes presentaban cáncer de cuello uterino avanzado de al menos 2B. Hubo una relación estadísticamente significativa entre el estadio de la enfermedad y un valor elevado de dímero D, 17 (25 %) pacientes con dímero D elevado y

puntuación de Well alta. De éstas 5 tenían TVP (29%) mientras que 12 (71%) fueron negativos. La localización más común 3/5 (60%) ocurrió en la vena ilíaca interna izquierda. (5)

1.2 Problema a investigar:

¿Cuál es la incidencia de Trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de Trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar el rango etario con mayor prevalencia de cáncer de cérvix y trombosis venosa profunda en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023.
- Indicar que estadio nutricional de acuerdo con el IMC tiene mayor prevalencia de cáncer de cérvix y trombosis venosa profunda en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023.
- Determina la prevalencia de cáncer de cérvix con trombosis venosa profunda en mujeres de 30 a 80 años que fueron atendidas en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023, según su provincia de origen.

1. 4 Justificación:

El cáncer ginecológico se asocia con una frecuencia elevada de tromboembolismo venoso (TEV), como complicación posoperatoria. En la práctica clínica, aproximadamente dos tercios de los episodios de TEV se manifiestan como trombosis venosa profunda (TVP) y un tercio como embolia pulmonar (EP). De tal forma que la trombosis venosa profunda se define como la formación de coágulos de sangre en las venas profundas, principalmente en los miembros inferiores y en menor medida en las venas de los miembros superiores, mesentéricas y cerebrales (6) (7) (8). La OMS reconoce que el tromboembolismo venoso es la tercera patología cardiovascular más común en todo el mundo (9). En Estados Unidos de América la incidencia de tromboembolismo venoso (TEV) es de 300 000 – 600 000 casos por año, con un costo en cuidados médicos de cerca de 7 mil millones de dólares anuales (7). En Ecuador, la trombosis venosa representa una importante causa de defunciones prevenibles, con un total de 727 egresos hospitalarios y 24 defunciones durante el 2022 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (10). Por otro lado, si bien la trombosis venosa profunda por si sola ya es grave, las complicaciones asociadas a esta son igual de relevantes, pudiendo llevar a las pacientes a cuadros de embolia pulmonar (EP) y fallo multiorgánico, debido a que la EP es la principal causa de mortalidad asociada al tromboembolismo venoso (TEV). Durante el año 2022 el total de defunciones asociadas a embolia pulmonar (EP) fue de 105 pacientes según los registros del INEC. (11) (12)

El propósito de la presente investigación es proporcionar una visión lo más actualizada posible sobre la trombosis venosa profunda y evidenciar cual es el nivel de prevalencia de esta emergencia cardiovascular en nuestra población, pues es una problemática a la cual se encuentran expuestas todas las pacientes y cuyas repercusiones pueden ir desde discapacitantes hasta mortales.

De igual manera, al ser una investigación que se enfoca en determinar la probabilidad de presentar trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años, esta nos permitirá saber la magnitud de esta problemática en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert

Pontón durante el periodo 2017-2023, de tal forma que proporcionará datos recientes para posteriores investigaciones científicas enfocadas en esta emergencia cardiovascular.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

CÁNCER DE CÉRVIX

2.1.1 Definición

El cáncer de cérvix es el resultado de una alteración de células, se origina en el epitelio del cérvix, ya que se producen lesiones lentas y progresivas en evolución, y pueden avanzar a cáncer in situ o un cáncer invasor debido a que las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. (18)

2.1.2 Epidemiología

- ✓ El cáncer de cérvix es un importante problema de salud pública en los países de América Latina, siendo la segunda causa de muerte más frecuente en mujeres de 35 a 64 años a nivel mundial.
- ✓ Las mayores tasas de incidencia se producen en diferentes subregiones de África, como es en la región oriental, Austral, subsaharina, Melanesia y occidental, además, Sudeste asiático y América del Sur.
- ✓ El cáncer de cérvix comprende el 8% de todos los cánceres de las mujeres en todo el mundo, y se posiciona en el cuarto lugar del cáncer más común en las mujeres luego del cáncer de mama, pulmón y colon.
- ✓ En 2018, se diagnosticaron aproximadamente 569.847 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, y se produjeron 311.365 muertes en todo el mundo.
- ✓ En el año 2020 se diagnosticaron unos 604.000 casos nuevos, siendo un 6.5% los cánceres en mujeres y se registraron 342.000 muertes.
- ✓ El 85-90% de las muertes ocurrieron en países subdesarrollados, siendo la tasa de mortalidad 18 veces más en países de bajos ingresos o medios con respecto a países ricos.
- ✓ El carcinoma de células escamosas (CCE) junto con el adenocarcinoma constituyen más del 98% de los casos de cáncer de cuello uterino. (19)

2.1.3 Patogenia

Para que ocurra la infección y se produzca el cáncer de cuello uterino el Virus del Papiloma Humano (VPH) debe estar presente, siendo las mujeres

sexualmente activas las más afectadas. La mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente en pocos años y no dejan secuelas, sin embargo, las que persisten tienen posibilidad de progresar a células pre malignas y después a carcinoma e invasión de la membrana basal. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de los cánceres de cérvix. Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 causando el 20% de cáncer de cérvix. (20) (18)

2.1.4 Etiología

El cáncer de cuello uterino resulta de una infección genital con el VPH, la mayoría es transmitido por contacto sexual. Los factores de riesgo identificados son los siguientes:

- Relaciones sexuales a una edad temprana
- Múltiples parejas sexuales
- Parejas homosexuales
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Pacientes inmunosuprimidos: estado nutricional perjudicial y la infección por VIH, la que se asocia que aumente 5 veces el riesgo de cáncer de cérvix.
- Factores ambientales: humo del tabaco y deficiencias vitamínicas.
- Multiparidad y primer embarazo a una edad temprana
- Susceptibilidad genética: Mujeres que tengan un familiar en primer grado de consanguinidad afectado tienen dos veces más el riesgo de desarrollar un tumor cervical. (20) (18)

2.1.5 Cuadro clínico

Las mujeres con cáncer de cérvix en sus estadios tempranos son asintomáticas. Es común que el hallazgo se lo encuentre de manera incidental durante un Papanicolaou (PAP). Si ya comienzan a presentar síntomas, los más comunes son sangrado vaginal anormal, sangrado tras relaciones sexuales y flujo con mal olor. Los síntomas frecuentes durante los estadios avanzados son el dolor pélvico o lumbar, disuria o tenesmo rectal, sangrado ginecológico tras la menopausia, dispareunia, sangre en la orina o heces,

pérdida de peso, cansancio y pérdida de apetito, edema de una o ambas piernas. (19)

2.1.6 Diagnóstico

Exploración física y ginecológica: se examina el cérvix con el espéculo, donde se pueden observar úlceras, tumores exofíticos en el exocérvix e infiltración del endocérvix. (19)

Citología cervical (Papanicolaou): es el principal método de cribado, el procedimiento se realiza raspando ligeramente el ectocérvix y el endocérvix para evaluar la zona de transformación y se pueden identificar células anormales. (19)

Prueba de VPH: se recomienda realizarla junto a la citología, con una muestra de las células del cuello uterino. Si la prueba da un resultado positivo (anormal) se debe realizar una genotipificación refleja para los tipos de VPH 16 y 18, ya que estos se encuentran con más frecuencia en el cáncer de cervix. Estas pruebas pueden ser de 3 tipos: Detección del DNA viral que mejora la detección de lesiones precursoras si se asocia a la citología, Detección de marcadores celulares que buscan proteínas con expresión aumentada en la infección del VPH, Detección del RNA de los genes E6 y E7 del VPH. (19) (21)

Colposcopia: se realiza cuando alguna de las pruebas de cribado resulta positiva o por sospecha clínica, permite observar con más detalle la morfología de lesiones sospechosas y a clasificar a las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y de alto grado, además, se recomienda al mismo tiempo una toma de biopsias. Esta prueba se puede realizar con yodo de Lugol (VILI) o ácido acético (VIA). Con el Ácido acético si la prueba positiva se caracteriza por áreas acetoblanco, opacas, densas y bien definidas que tocan la unión escamocolumnar o están cerca del orificio externo, o una lesión cervical que se torna acetoblanco. Con el Yodo de Lugol si la prueba positiva consiste en áreas de color amarillo pálido sobre un fondo más oscuro. (14) (22)

Biopsia cervical: consiste en la resección de un pequeño fragmento de la lesión sospechosa para corroborar el diagnóstico.

Radiografía de tórax: nos permite observar si hay presencia de metástasis pulmonares. (14) (21)

Tomografía Computarizada (TC): se puede utilizar en vez de la radiografía de tórax, nos permite realizar un mejor estadiaje y valoración de la afectación ganglionar. Se puede o no utilizar medio de contraste. (14) (21)

Resonancia Magnética: es una prueba de mayor utilidad para estadificar localmente el cáncer, ya que utiliza medio de contraste y determina el tamaño del tumor, la invasión de tejidos adyacentes y la afectación del ganglio. (14) (21)

Tomografía por emisión de positrones (PET): nos permite observar un mapa metabólico de la enfermedad, ayudando a delimitar la extensión del cáncer; además, detecta la afectación ganglionar. (14) (21)

2.1.7 Estadios del cáncer

La estadificación de un tumor nos permite definir con claridad su tamaño, localización, extensión local y si hay presencia de metástasis. Actualmente se utilizan la clasificación TNM y FIGO. (23)

Estadificación de cáncer de cérvix FIGO 2018	
Estadio I	Enfermedad confinada al cérvix uterino.
IA	Carcinoma invasivo con diagnóstico microscópico, profundidad máxima <5mm.
IA1	Invasión estromal <3mm de profundidad.
IA2	Invasión estromal \geq 3mm y <5 mm de profundidad.

IB	Carcinoma invasivo con profundidad $\geq 5\text{mm}$, pero lesión limitada el cérvix.
IB1	Carcinoma invasivo $\geq 5\text{mm}$ de profundidad y $< 2\text{cm}$ en su diámetro mayor.
IB2	Carcinoma invasivo $\geq 2\text{cm}$, pero $< 4\text{cm}$ de diámetro mayor.
IB3	Carcinoma invasivo $\geq 4\text{cm}$ de diámetro mayor.
Estadio II	Tumor que invade más allá del cérvix sin llegar al tercio inferior de la vagina o a la pared pélvica.
IIA	Invasión limitada a los dos tercios superiores de la vagina, pero sin afectación parametrial.
IIA1	Carcinoma invasivo $\leq 4\text{cm}$ de diámetro mayor.
IIA2	Carcinoma invasivo $> 4\text{cm}$ de diámetro mayor.
IIB	Invasión del parametrio sin llegar a la pared pélvica
Estadio III	Tumor que invade el tercio inferior de la vagina y/o pared pélvica y/o causa ureterohidronefrosis o riñón no funcionante y/o afecta a ganglios pélvicos y/o paraaórticos.
IIIA	Se extiende hasta el tercio inferior de la vagina, sin afectación de la pared pélvica.
IIIB	Se extiende hasta la pared pélvica y/o ureterohidronefrosis o riñón no funcionante (excluidas otras causas)
IIIC	Diseminación ganglionar pélvica y/o paraaórtica (incluyendo micrometástasis) independientemente del tamaño del tumor primario

IIIC1	Afectación metastásica de ganglios pélvicos exclusivamente
IIIC2	Afectación metastásica de ganglios paraaórticos
Estadio IV	Tumor que se extiende más allá de la pelvis y/o ha alcanzado la mucosa de la vejiga o del recto.
IVA	Diseminación a órganos adyacentes (vejiga o recto)
IVB	Diseminación a órganos distantes (hígado, pulmones, huesos o ganglios linfáticos lejanos).

Tabla del sistema FIGO 2018 (23)

2.1.8 Manejo

Cirugía

El tipo de cirugía dependerá del lugar donde se encuentra el cáncer. Se pueden utilizar:

- Conización quirúrgica: se utiliza un bisturí para extraer una porción de tejido en forma de cono, tanto del cuello y del canal uterino. (23)
- Biopsia de ganglio linfático centinela: se extirpa el ganglio linfático centinela mediante la cirugía, para identificarlo se inyecta una sustancia radiactiva o un tinte azul cerca del tumor, y es el primer ganglio que recibe la sustancia. (23)

Histerectomía:

- *Histerectomía total o completa:* se extirpan el útero y el cuello uterino. (23)
- *Histerectomía radical:* se extirpa el útero, el cuello uterino, una parte de la vagina y una porción amplia de los ligamentos y tejidos que rodean la zona.(23)
- *Histerectomía radical modificada:* se extirpa el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y ligamentos y tejidos que rodean esta zona. (23)

Salpingooforectomía bilateral: se extirpan ambos ovarios y ambas trompas de Falopio, se realiza cuando el cáncer ya hizo metástasis. (23)

Exenteración pélvica total: Durante este procedimiento, se extirpa el colon inferior, el recto y la vejiga, además, el cuello uterino, la vagina, los ovarios y los ganglios linfáticos que estén cerca. Se crean estomas para que la orina y la materia fecal se dirija a una bolsa recolectora. (23)

Radioterapia

- Radioterapia externa: también llamada radioterapia de haz externo o radioterapia de intensidad modulada (RTIM) evita que la radiación lesione el tejido sano que rodea el tumor. (23)
- Radioterapia interna o braquiterapia: se usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres y se colocan directo en el cáncer o cerca. (23)

Quimioterapia

Se utilizan medicamentos para interrumpir la producción de células cancerosas, se pueden realizar como monoterapia o combinada con otros tratamientos. Los medicamentos son:

- Cisplatino
- Carboplatino
- Gemcitabina
- Ifosfamida
- Irinotecán
- Paclitaxel
- Topotecán
- Vinorelbina

Terapia dirigida

Los medicamentos de terapia dirigida que se utilizan para el tratamiento del cáncer de cuello uterino son el Bevacizumab y Tisotumab vedotina. (23)

Inmunoterapia

El medicamento Pembrolizumab se administra en ciertos pacientes cuyo cáncer de cuello uterino tiene el biomarcador PD-L1. (23)

2.1.9 Complicaciones

- Radioterapia: a largo plazo debilita los músculos del recto, da lugar a alteraciones del tránsito gastrointestinal, incontinencia o sangrado rectal. Además, puede provocar dolor, sangrado o eritema que con el tiempo dará lugar a una fibrosis vaginal. Unos años después de finalizar el tratamiento puede comenzar un linfedema en las extremidades inferiores, por lo que, su riesgo es mayor si dentro del tratamiento previo se llevó a cabo una linfadenectomía. (19)
- Quimioterapia: también ocasiona efectos adversos como una neuropatía sensitivo-motora, inicia durante el tratamiento con platinos y taxanos, puede remitirse meses después del fin del tratamiento o persistir a largo plazo. (19)
- Histerectomía: aumenta el riesgo de incontinencia urinaria y prolapso de la vagina, incluso después de años de la cirugía por la debilidad de los músculos del suelo pélvico, se recomienda la realizar actividad física para fortalecer dicha musculatura. (19)

2.1.10 Prevención

- Prevención primaria: se basa en la promoción de la salud con el objetivo de reducir la incidencia de este cáncer. Aquí se incluyen las vacunas contra el HPV antes del comienzo de la vida sexual, la vacuna tetravalente (GARDASIL) para la prevención de la infección por los serotipos 16, 18, 6 y 11; y la vacuna bivalente (CERVARIX) que previene los 16 y 18. (22)
- Prevención secundaria: se basa en hacer el diagnóstico precoz, incluyendo la realización del Papanicolaou cada uno o tres años y la realización de las pruebas de VPH en pacientes de 30 a 39 años. (22)
- Prevención terciaria: se basa en las actividades para la rehabilitación y prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad. (22)

2.1.11 Pronóstico

El principal factor pronóstico en las pacientes con cáncer de cérvix es el estadio tumoral. En general, las tasas de supervivencia a los 5 años son:

- Etapa I - Más del 90%
- Etapa II - 60-80%

- Etapa III - Aproximadamente el 50%
- Etapa IV - Menos del 30%

La ACS estimó que 4220 mujeres morirían de cáncer cervical en los Estados Unidos en 2012. Esto representa el 1,3% de todas las muertes por cáncer y el 6,5% de las muertes por cáncer ginecológico. (20)

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

2.2.1 Definición

La trombosis venosa profunda (TVP) se define como la formación de coágulos de sangre en las venas profundas, principalmente en los miembros inferiores y en menor medida en las venas de los miembros superiores, mesentéricas y cerebrales. Dando como resultado la obstrucción del flujo sanguíneo venoso. (6) (7) (8) Es clave reconocer que la trombosis venosa profunda junto con la embolia pulmonar forma parte de los tromboembolismos venosos. (24)

2.2.2 Epidemiología

La OMS reconoce que el tromboembolismo venoso es la tercera patología cardiovascular más común en todo el mundo (9). A nivel global la trombosis venosa profunda presenta una incidencia aproximada de 80 por cada 100 000 casos. Por otro lado, en Estados Unidos de América se estiman 600 000 casos por año que además terminan en hospitalización con un costo en cuidados médicos de cerca de 7 mil millones de dólares anuales (7) (25). Esta patología tiende a presentarse en pacientes con una edad superior a los 40 años, con mayor predilección por los hombres en especial los afroamericanos. (25)

2.2.3 Patogenia

La patogenia de la trombosis venosa profunda es el resultado de 3 mecanismos causales que integran la Triada de Virchow, constituida por: estasis o turbulencia del flujo sanguíneo, lesión del endotelio vascular y coagulopatías (hipercoagulabilidad hereditaria o adquirida). De tal forma que la activación de la cascada de coagulación y la agregación plaquetaria conducen a la formación del trombo, sumado a esto la interacción temprana del trombo con el endotelio, genera un incremento en la producción de citoquinas y mayor adhesión de los leucocitos al endotelio. A la larga la trombosis venosa profunda puede avanzar y causar una embolia pulmonar. (25) (26) (27)

2.2.4 Etiología

Los principales mecanismos causales de la trombosis venosa profunda son:

- Disminución del flujo sanguíneo significativa: Es el resulta de estados prolongados de inmovilización asociados a estancias intrahospitalarias con el consiguiente reposo en cama prolongado, etc.
- Incremento de la presión venosa: Puede deberse a una compresión de tipo mecánica o de tipo funcional, cualquiera que sea el caso va a terminar causando como respuesta inmediata la disminución del flujo sanguíneo venoso y a la vez un incremento de la resistencia del flujo de salida.
- Lesión mecánica de la vena: Esta vinculada a eventos traumáticos, procedimientos quirúrgicos, trombosis previas, etc.
- Viscosidad sanguínea aumentada: Asociada a coagulopatías. (27)

2.2.5 Factores de riesgo

Se encuentran divididos en 3 categorías generales:

Factores de riesgo transitorios:

- Hospitalización
- Cirugía con aplicación de anestesia general
- Embarazo y cesárea
- Lesiones en los miembros inferiores que limiten su movilidad por un lapso de tiempo igual o mayor a 3 días. (27)

Factores de riesgo persistentes:

- Problemáticas genéricas: Deficiencia de anti trombina III, mutación del factor V de Leiden, etc.
- Patologías adquiridas que aumentan el riesgo de TVP: Cáncer activo, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, sepsis, síndrome nefrótico, etc. (27)

Factores constitucionales:

- Edad > 60 años.
- Obesidad
- Cirugías
- Ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (27)

2.2.6 Cuadro clínico

Dentro de este marco es de vital importancia verificar la presencia de factores de riesgo como los antes mencionados, para así establecer que pacientes podrían presentar una evolución más turbia. Sin embargo, en términos generales al examen físico de los pacientes con TVP se puede observar que las venas superficiales se encuentran dilatadas; edema, eritema y elevación local de la temperatura (26); dolor a la dorsiflexión pasiva del pie (signo de Homan). En etapas avanzadas la clínica probable es la hipertensión venosa grave asociada a una trombosis de ubicación colateral y de no ser tratada puede avanzar a gangrena venosa. (27)

2.2.7 Diagnostico

Según el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) el procedimiento diagnóstico de la TVP se basa en la: Mediciones del dímero D y el ultrasonido. Sin embargo, en función del riesgo estimado de presentar TVP se decidirá la forma de proceder. (27)

La estadificación del riesgo de padecer trombosis venosa profunda se establece en función de la escala de Wells, esta valora los siguientes criterios y le asigna una puntuación específica a cada uno:

- Cáncer activo, que o bien ya fue tratado dentro de los 6 meses anteriores o actualmente cursa con su tratamiento (1 punto).
- Inmovilización de una o ambas extremidades inferiores debido a la colocación de un yeso (1 punto).
- Paciente al cual se le realizó una cirugía mayor que lleva en torno a 4 semanas en cama o paciente en cama por 3 o más días (1 punto).
- Dolor localizado en el sistema venoso profundo (1 punto).
- Inflamación o edema de toda la pierna (1 punto).
- Inflamación \geq 3 cm de la pantorrilla en comparación con la pierna asintomática (1 punto).
- Edema con fovea en la pierna afectada (1 punto).
- Venas colaterales superficiales pero que no son varicosas (1 punto).
- Presencia de un diagnóstico alternativo más probable que el de la trombosis venosa profunda (resta 2 puntos).

Entonces en función de la puntuación obtenida por el paciente se establece el riesgo de presencia de TVP. Una puntuación de 3 a 8, significa que hay una probabilidad alta de TVP (50%-75%). Una puntuación que oscila entre 1 o 2 nos representa una probabilidad moderada de TVP (17%). Mientras que una puntuación de 0 nos indica una baja probabilidad de TVP (3%). También existe la escala de Wells modificada que cuenta con los criterios antes mencionados, pero a la que se añaden el antecedente de TVP previas (1 punto). Aquí se establece que la TVP es probable con una puntuación ≥ 2 y como poco probable la TVP ante una puntuación ≤ 1 . (28)

Por otro lado, tenemos al dímero D que es el producto de la degradación de la fibrina reticulada polimerizada. Tiene una alta sensibilidad, por lo que todos los pacientes con TVP aguda tienen este marcador elevado. Sin embargo, la especificidad de esta prueba es baja, ya que el dímero D puede estar elevado en otras patologías (neoplasias, sepsis, insuficiencia renal, traumatismos, etc). Los valores >500 ng/ml son resultados positivos, que no confirman ni excluyen el diagnóstico de TVP, por lo que se debe seguir investigando. Mientras que valores <500 ng/ml son un resultado negativo, que nos descarta la TVP como posible diagnóstico. (28)

Dentro de las pruebas imagenológicas resalta la ecografía de compresión con Doppler, pues su sensibilidad es cercana al 95% y tiene un alto valor predictivo negativo para descartar TVP proximal. (28)

De forma específica si un paciente tiene una puntuación ≥ 2 en la escala de Wells, el siguiente paso sería la ecografía de la vena proximal de la pierna afectada en el lapso de 4 horas. Si al final se obtiene un resultado negativo es necesario realizar una medición del dímero D. Otro escenario sería cuando la ecografía de la vena proximal es negativa y la prueba del dímero D es positiva, hay que repetir la ecografía 1 semana después. En el caso de pacientes con una escala de Wells con una puntuación <2 que tienen una prueba de dímero D positiva, la indicación es realizar una ecografía de la vena proximal de la pierna afectada. (27)

2.2.8 Manejo

El tratamiento de la TVP tiene como meta evitar que este avance y termine desencadenando una embolia pulmonar, por lo que se recomienda el uso de anticoagulantes dentro del plan terapéutico. Ante pacientes con TVP pero que además cursan con un cáncer se sugiere el uso de heparina de bajo peso molecular y los inhibidores del factor Xa, como el rivaroxabán, edoxabán, etc. (27) En pacientes con problemas hepáticos y TVP se recomienda el uso de heparina de bajo peso molecular. Mientras que pacientes con insuficiencia renal que tiene un aclaramiento de creatinina < 30 ml/min se usan los antagonistas de la vitamina K. En pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva se sugieren los antagonistas de la vitamina K y apixabán específicamente. En el caso particular de las embarazadas dado que la mayoría de los anticoagulantes pueden cruzar la placenta se prefiere el uso de la heparina de bajo peso molecular. (27)

La trombólisis guiada por catéter se usa únicamente cuando hay flegmasía cerúlea dolorosa o una TVP de ubicación ileofemoral y de tipo masiva. Por otro lado, la trombectomía queda reservada para los pacientes que no son candidatos para la trombólisis o en quienes esta no dio los resultados esperados. (24)

2.2.9 Complicaciones

Las principales complicaciones asociadas a la TVP son:

- Síndrome posttrombótico (posflebítico).
- Embolización pulmonar.
- Sangrados y trombocitopenia por los anticoagulantes. (24)

2.2.10 Pronostico

El riesgo de recurrencia de la trombosis venosa profunda es de un 25%. Mientras que la probabilidad de que en los 2 años posteriores al episodio de TVP el paciente se complique y termine en un síndrome posttrombótico es de hasta el 43% y de estos hasta el 12% acaba en embolismo pulmonar. Sin embargo, la mortalidad asociada a la TVP es del 6%. (27)

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio:

Es un estudio Observacional, Retrospectivo, Transversal, Descriptivo.

3.2 Población de estudio:

Pacientes de sexo femenino de 30 a 80 años que han sido atendidas en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón de los años 2017-2023, que cumplen con los siguientes criterios para su selección:

3.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo femenino
- Pacientes con Cáncer de cérvix
- Pacientes que estén entre los 30 a 80 años de edad.
- Pacientes que hayan sido atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023

3.2.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con cáncer de ovarios
- Pacientes con historial clínico incompleto.
- Pacientes menores de 30 años.
- Pacientes mayores de 80 años.

3.3 Método de recogida de datos

Revisión de historias clínicas en el Sistema de información de Salud del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón a través de su base de datos.

3.4 Variables

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Edad	Años	Variable numérica discreta	Años
Paridad	Paridad	Variable categórica	Nulípara Primípara

		ordinal politémica	Múltipara
IMC	Peso Talla	Variable categórica ordinal politémica	Bajo peso (<18.5) Normal (18.5-24.9) Sobrepeso (25-29.9) Obesidad (>30)
Lugar de residencia	Lugar de residencia	Variable categórica nominal dicotómica	Zona urbana Zona rural
Raza	Raza	Variable categórica nominal politémica	Blanca Negra Mestiza Indígena
Trombosis venosa profunda	Índice de Wells	Variable categórica ordinal politémica	0 puntos = Probabilidad clínica baja. 1-2 puntos = Probabilidad clínica moderada. 3-8 puntos = Probabilidad clínica alta.
Dímero D	Prueba de sangre	Variable categórica nominal dicotómica	Elevado: >500 ng/ml Normal: <500 ng/ml
Comorbilidades	Patologías presentes al	Variable categórica	Hipertensión arterial.

		momento del ingreso	nominal politómica	Diabetes mellitus tipo 1. Diabetes mellitus tipo 2. Hidronefrosis
Tratamiento		Tratamiento para el Cáncer de cérvix	Variable categórica nominal politómica	Histerectomía simple. Histerectomía radical. Quimioterapia. Radioterapia.
Pruebas de imagen		Técnicas de imagen diagnosticas para trombos.	Variable categórica nominal politómica	Ecografía Doppler. Angiografía. Angioresonancia.
Cáncer de cérvix		Estadificación FIGO	Variable categórica ordinal politómica	I = El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino. IA: Carcinoma invasivo que puede diagnosticarse solo por microscopía, con una profundidad máxima de invasión ≤ 5 mm. IA1: Invasión estromal medida

		<p>≤3 mm de profundidad.</p> <p>IA2: Invasión estromal medida >3 y ≤5 mm de profundidad.</p> <p>IB: Carcinoma invasivo con invasión más profunda medida >5 mm; lesión limitada al cuello uterino con tamaño medido por el diámetro máximo del tumor.</p> <p>IB1: Carcinoma invasivo >5 mm de profundidad de invasión estromal y ≤2 cm en su mayor dimensión.</p> <p>IB2: Carcinoma invasivo >2 y ≤4 cm en su mayor dimensión.</p> <p>IB3: Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión.</p> <p>II = El carcinoma invade más allá del útero, pero no</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica.</p> <p>IIA: Compromiso limitado a los dos tercios superiores de la vagina sin compromiso parametrial.</p> <p>IIA1: Carcinoma invasivo ≤ 4 cm en su mayor dimensión.</p> <p>IIA2: Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión.</p> <p>IIB: Con compromiso parametrial pero no hasta la pared pélvica.</p> <p>III = El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos.</p> <p>IIIA: El carcinoma involucra el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.</p> <p>IIIB: Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcional.</p> <p>IIIC: Compromiso de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos, independientemente del tamaño y la extensión del tumor.</p> <p>IV = El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema ampolloso, como tal, no permite asignar un caso a la Etapa IV.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>IV A: Propagación del crecimiento a los órganos pélvicos adyacentes.</p> <p>IV B: Propagación a órganos distantes.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.5 Entrada y gestión informática de datos:

Información recolectada y tabulada en un archivo de Excel.

3.6 Estrategia de análisis estadístico:

El estudio de tipo descriptivo que cuenta con un nivel de confianza del 95% y un 5% de margen de error. Los datos se estudiarán para determinar la probabilidad de desarrollar trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Se obtuvo una población de 107 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, con diagnóstico de Trombosis venosa profunda relacionada a Cáncer de cérvix; que han sido atendidos en la consulta externa y hospitalización en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, de las que se obtuvo información de factores sociodemográficos como edad, paridad, IMC, entre otras; con estos datos se realizó en primer lugar un análisis descriptivo, donde la prevalencia del desarrollo de la Trombosis venosa profunda según el estadio del Cáncer de cérvix en este estudio fue del 3.81%.

Prevalencia de Trombosis venosa profunda según el estadio de Cáncer de cérvix

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{Diagnóstico de TVP según el estadio de Cáncer de cérvix}}{\text{Pacientes atendidos en el HAGP}} \times 100 \\ &= \frac{107}{2.806} \times 100 \\ &= 3.81\% \end{aligned}$$

4.1 Variables cuantitativas

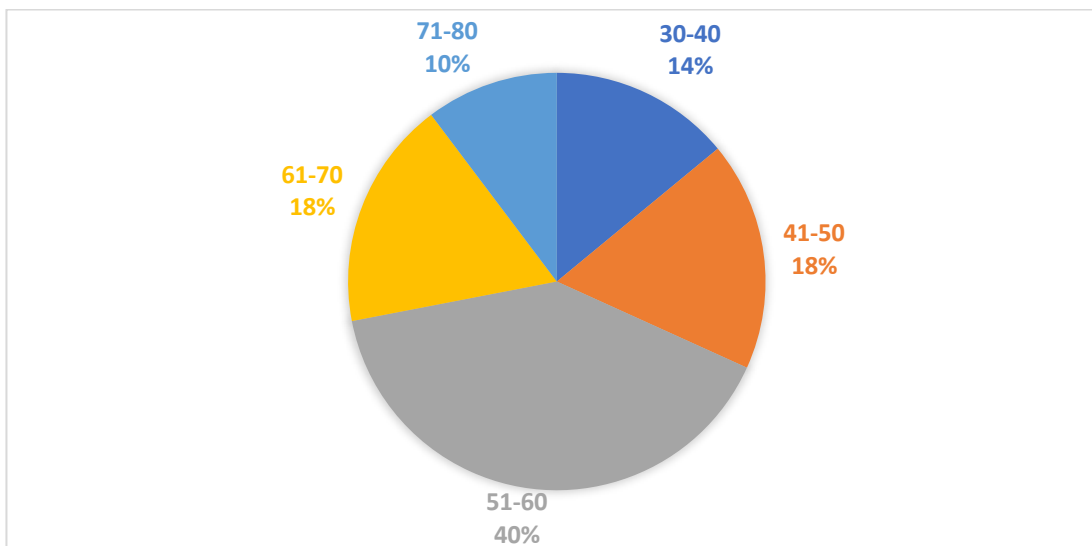
Se obtuvo una población de 107 pacientes entre las edades de 30 a 80 años con diagnóstico de desarrollo de la Trombosis venosa profunda según el estadio del Cáncer de cérvix durante el periodo 2017-2023, y se determinó que las personas con mayor frecuencia de padecer esta patología van desde los 51 a 60 años de edad con un grupo total de 43 personas (40.18%), en comparación con el grupo de 11 personas (10.28%) que se encontraban en el rango de edad de los 71 a 80 años presentándose con menos frecuencia. Ocupando el segundo lugar de mayor frecuencia se encuentran los rangos de 41 a 50 años y 61 a 70 años, ambos con un grupo de 19 personas (17.76%).

Tabla 1. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Edad

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
30-40	15	14.02%	14.02%	14.02%
41-50	19	17.76%	17.76%	31.78%
51-60	43	40.18%	40.18%	71.96%
61-70	19	17.76%	17.76%	89.72%
71-80	11	10.28%	10.28%	100%
Total	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

Figura 1. Distribución etaria



Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

De estos 107 pacientes atendidos tanto en consulta externa como en hospitalización observamos que el Cáncer de cérvix y la TVP son 54,2% más frecuentes en pacientes con sobrepeso con un total de 58 casos. Mientras que en el 28,03% de las ocasiones son pacientes con un IMC que indica un peso ideal para su talla con un equivalente de 30 casos. De tal forma, que con 19

casos (17,7%) la obesidad se presenta con menor frecuencia en esta población.

Tabla 2. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: IMC

IMC	Clasificación de la OMS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
< 18,5	Bajo peso	0	0	0	0
18,5 – 24,9	Normal	30	28,03%	28,03%	28,03%
25,0 - 29,9	Sobrepeso	58	54,2%	54,2%	82,23%
>30	Obesidad	19	17,7%	17,7%	100%
Total		107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

4.2 Variables Cualitativas

De la población de los 107 pacientes, a un grupo de 88 pacientes (82.24%) no se les realizó la cuantificación del Índice de Wells, en comparación al grupo de 19 pacientes (17.75%) que sí se les realizó y obtuvieron entre 3 a 8 puntos lo cual equivale que tienen una probabilidad clínica alta de Trombosis venosa profunda.

Tabla 3. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Índice de Wells

Índice de Wells	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se les realizó	88	82.24%	82.24%	82.24%

<i>0 puntos = Probabilidad clínica baja</i>	0	0%	0%	82.24%
<i>1-2 puntos = Probabilidad clínica moderada</i>	0	0%	0%	82.24%
<i>3-8 puntos = Probabilidad clínica alta</i>	19	17.75%	17.75%	100%
Total	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

De las 107 pacientes, a 81 (75.70%) de estos pacientes no se les realizó la prueba de Dímero D. En cuanto a los pacientes que sí les realizó la prueba, se obtuvo que tiene mayor prevalencia en un grupo de 16 personas (14.95%) consiguiendo resultados elevados, en cambio en el grupo de 10 pacientes (9.35%) se obtuvieron resultados normales.

**Tabla 4. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP:
Dímero D**

Dímero D	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
No se les realizó	81	75.70%	75.70%	75.70%
Normal: <500 ng/ml	10	9.35%	9.35%	85.05%
Elevado: >500 ng/ml	16	14.95%	14.95%	100%
Total	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

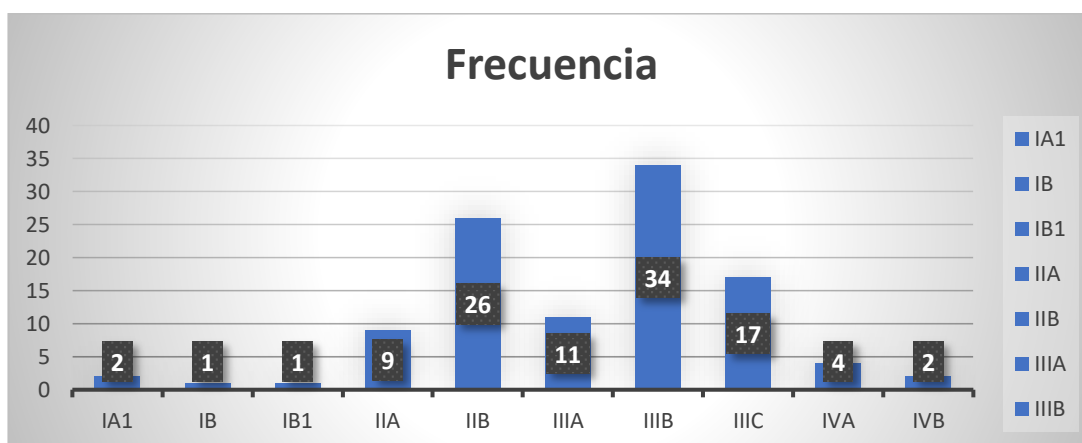
De las 107 pacientes, 34 personas (31.78%) tiene un estadio IIIB siendo este el de mayor frecuencia, seguido del estadio IIB que representan 26 pacientes (24.30%); por otra parte, hubo estadios con menor frecuencia como el IB y el IB1 con 1 paciente (0.93%) en cada estadio, seguido del estadio IA1 con 2 pacientes (1.87%), o estadios que no fueron frecuentes en nuestra población como son el estadio IA, IA2, IB2, IB3, IIA1, IIA2, IIIC1 y IIIC2 con un 0% de frecuencia.

Tabla 5. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Estadificación FIGO

Estadificación FIGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
IA	0	0%	0%	0%
IA1	2	1.87%	1.87%	1.87%
IA2	0	0%	0%	1.87%
IB	1	0.93%	0.93%	2.8%
IB1	1	0.93%	0.93%	3.73%
IB2	0	0%	0%	3.73%
IB3	0	0%	0%	3.73%
IIA	9	8.41%	8.41%	12.14%
IIA1	0	0%	0%	12.14%
IIA2	0	0%	0%	12.14%
IIB	26	24.30%	24.30%	36.44%
IIIA	11	10.28%	10.28%	46.72%
IIIB	34	31.78%	31.78%	78.50%
IIIC	17	15.89%	15.89%	94.39%
IIIC1	0	0%	0%	94.39%
IIIC2	0	0%	0%	94.39%
IVA	4	3.74%	3.74%	98.13%
IVB	2	1.87%	1.87%	100%
Total	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

Figura 2. Estadificación FIGO



Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

De las 107 pacientes, equivale una mayor frecuencia en mujeres multíparas siendo 104 pacientes (97.20%) que lo representan y en menor frecuencia las mujeres nulíparas con 2.80%.

Tabla 6. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Paridad

<i>Paridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Nulípara</i>	3	2.80%	2.80%	2.80%
<i>Primípara</i>	0	0%	0%	2.80%
<i>Multípara</i>	104	97.20%	97.20%	100%
<i>Total</i>	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

En cuanto a la provincia donde habitan los 107 pacientes, es de mayor frecuencia la provincia del Guayas con 74 pacientes (69.16%), seguido de la provincia de Santa Elena con 14 pacientes (13.09%); en cambio las provincias de El Oro, Sucumbíos, Galápagos, Cañar, Bolívar y Loja son de menor frecuencia teniendo 1 paciente (0.93%) en cada una.

**Tabla 7. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP:
Provincia**

<i>Provincia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Guayas</i>	74	69.16%	69.16%	69.16%
<i>Santa Elena</i>	14	13.09%	13.09%	82.25%
<i>Los Ríos</i>	11	10.29%	10.29%	92.54%
<i>El Oro</i>	1	0.93%	0.93%	93.47%
<i>Sucumbíos</i>	1	0.93%	0.93%	94.40%
<i>Galápagos</i>	1	0.93%	0.93%	95.33%
<i>Chimborazo</i>	2	1.88%	1.88%	97.21%
<i>Cañar</i>	1	0.93%	0.93%	98.14%
<i>Bolívar</i>	1	0.93%	0.93%	99.07%
<i>Loja</i>	1	0.93%	0.93%	100%
<i>Total</i>	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

Se evidencia que la mayoría de casos atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil son de pacientes cuyos lugares de residencia están en zonas urbanas, representando así al 68,2% (73 casos) del total. Mientras que los pacientes provenientes de áreas rurales, aunque en menor proporción representan al 31,7% de usuarios atendidos por esta casa de salud con un equivalente a 34 casos.

**Tabla 8. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP:
Residencia**

<i>Lugar de residencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Zona urbana</i>	73	68,2%	68,2%	68,2%
<i>Zona rural</i>	34	31,7%	31,7%	100%
<i>Total</i>	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

Es importante mencionar que en el presente estudio el 100% de la población es de raza mestiza.

Tabla 9. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Raza

<i>Raza</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Mestizo</i>	107	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

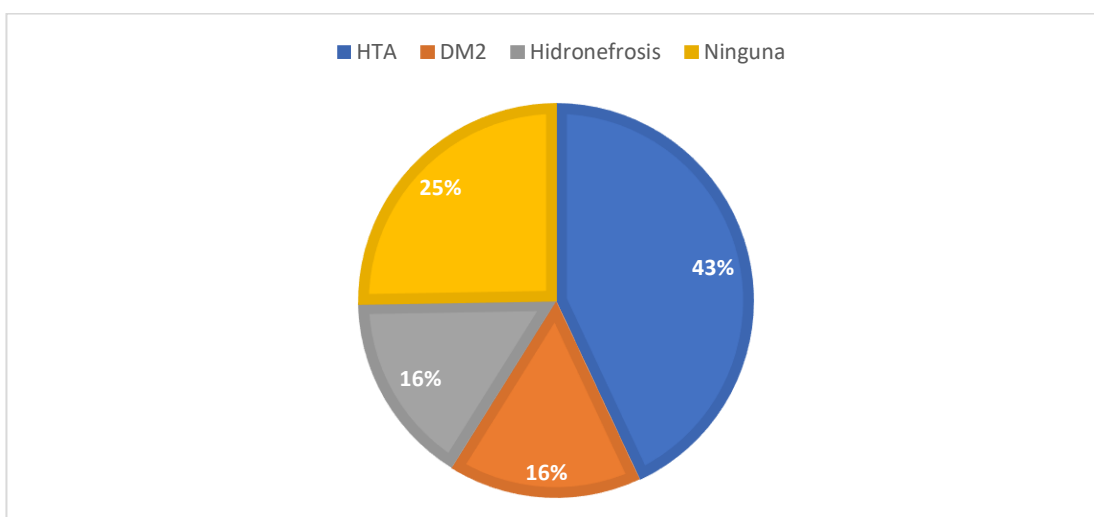
Dentro de las múltiples comorbilidades que pueden llegar a presentar los pacientes que se ven afectados por el Cáncer de cérvix y la TVP, las más frecuentes son con un 42,9% (46 casos) hipertensión arterial, en segundo lugar, se encuentra la diabetes mellitus tipo 2 con un 15,8% (17 casos), seguida por la hidronefrosis con un 15,8% (17 casos). Un 25,2% de estos pacientes no presentaron ninguna comorbilidad añadida.

Tabla 10. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Comorbilidades

<i>Comorbilidades</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>HTA</i>	46	42,9%	42,9%	42,9%
<i>DM2</i>	17	15,8%	15,8%	58,7%
<i>Hidronefrosis</i>	17	15,8%	15,8%	74,5%
<i>Ninguna</i>	27	25,2%	25,2%	100%
<i>Total</i>	107	100%	100%	

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

Figura 3. Comorbilidades



Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

Son múltiples las opciones de tratamiento para las pacientes con Cáncer de cérvix, dentro de los principales tratamientos se encuentra la histerectomía radical con un equivalente al 38,3% (41 casos). Mientras que la histerectomía simple solo fue empleada en 8 casos (7,4%). Sin embargo, en el 54,2% de las ocasiones (58 casos) los pacientes no fueron sometidos a ningún tipo de histerectomía. Mientras que otras medidas terapéuticas que se aplicaron, fueron: la quimioterapia en el 74,7% (80 casos) y la radioterapia en el 54,2% (58 casos).

Tabla 11. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP: Tratamiento

<i>Tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Histerectomía simple</i>	8	7,4%	7,4%	7,4%
<i>Histerectomía radical</i>	41	38,3%	38,3%	45,7%
<i>Ningún tipo de histerectomía</i>	58	54,2%	54,2%	100%

<i>Total</i>	107	100%	100%	
--------------	-----	------	------	--

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

**Tabla 12. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP:
Otras opciones terapéuticas**

<i>Tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>
<i>Quimioterapia</i>	80	74,7%	74,7%
<i>Radioterapia</i>	58	54,2%	54,2%

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

La TVP fue diagnosticada en el 100% de los casos mediante la técnica por imagen de ecografía doppler venosa en miembros inferiores.

**Tabla 13. Distribución de pacientes con Cáncer de cérvix y la TVP:
Pruebas imagenológicas**

<i>Técnicas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Ecografía doppler venosa</i>	107	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.
Elaborado: Rebeca Ana Castro Vera y Aldo Gabriel Sánchez Silva.

CAPÍTULO V:

5.1 Discusión

Habiéndose estudiado una población de 107 pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón, según los datos recolectados el grupo etario más frecuente en que se desarrolla TVP en el estadio de Cáncer de cérvix es de 51-60 años (40.18%), teniendo relación con el estudio realizado en el año 2020 en el Hospital Universitario Konkuk Chungju, Corea del sur, la edad en que es más frecuente es $55,7 \pm 10,4$; también guarda relación con el estudio realizado en el año 2021 en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer-SOLCA la edad promedio de ellas fue de 54.3 años, siendo el grupo etario más frecuente de 40 a 59 años con el 46.4%. Además, en el estudio realizado en el año 2019 en el Hospital Docente de la Universidad Ahmadu Bello, Zaria, Nigeria; de un total de 77 pacientes, la edad media de los participantes fue de $54,7 \pm 11,2$ años. (3) (4) (5)

Respecto a la paridad de las pacientes, de nuestra población de 107 es más frecuente en mujeres multíparas siendo representadas por 104 pacientes (97.20%), esto tiene relación con el estudio realizado en el año 2019 en el Hospital Docente de la Universidad Ahmadu Bello, Zaria, Nigeria; de un total de 77 pacientes, la paridad promedio fue de $7,5 \pm 3,1$ dentro de un rango de 3 a 11 hijos. (5)

En cuanto al estadio en el que mayor había frecuencia fue el estadio IIIB representado por 34 pacientes (31.78%) de las 107 de la población; sin embargo, este no concuerda con el estudio realizado en el año 2020 en el Hospital Universitario Konkuk Chungju, Corea del sur; de un total de 315 pacientes, tuvo mayor frecuencia el estadio I con un 47,6% que equivale a 150 pacientes. (3)

Referente al Índice de Wells, de las 107 pacientes de la población, 19 (17.75%) tuvieron una probabilidad clínica alta de desarrollar TVP, lo cual tiene relación con el estudio realizado en el año 2019 en el Hospital Docente de la Universidad Ahmadu Bello, Zaria, Nigeria; de un total de 77 pacientes, 17 (25%) obtuvieron una puntuación de Wells alta. Por el contrario, en el estudio realizado en el año 2021 en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer-SOLCA; de un

total de 237 pacientes, el 92% presentó riesgo moderado y 8% riesgo alto. (4)
(5)

Respecto a los valores de Dímero D, de nuestra población de 107 pacientes, 16 (14.95%) obtuvieron valores elevados, lo cual se relaciona con el estudio realizado en el año 2019 en el Hospital Docente de la Universidad Ahmadu Bello, Zaria, Nigeria; de un total de 77 pacientes, 17 (25%) obtuvieron un Dímero D elevado. (5)

En nuestro estudio el 54,2% de la población que tenían cáncer de cérvix y TVP contaban con un IMC que los posicionaba dentro de la categoría de sobrepeso, seguida por un 28,03% de pacientes con un peso normal para su altura. Mientras que un 17,7% se ubicaban en la categoría de obesidad. Estos resultados difieren de los encontrados por Sanusi Zayyan et al. (2019) en la Universidad de Ahmadu Bello de Nigeria donde el 47,8% de los participantes tenían un IMC que los posicionaba dentro de un peso normal, seguido por un 24,8% que si estaban categorizados como pacientes con sobrepeso (5).

Los pacientes con residencia en zonas urbanas fueron los principalmente afectados con las patologías de estudio principal representando el 68,2% de los diagnósticos. Mientras que el 31,7% restante eran provenientes de regiones rurales del país. Sin embargo, los datos encontrados en nuestra investigación difieren a los planteados por Zhetpisbayeva et al. (2023) quien en su estudio reconoce que el cáncer de cérvix es 15% menos frecuente en zonas urbanas que en áreas rurales debido a que las medidas de prevención son más accesibles (29)

Por otro lado, en el presente estudio se evidenció que la raza más susceptible de padecer tanto cáncer de cérvix y TVP en nuestra región del país son los mestizos con un equivalente al 100% de casos. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Christy et al. (2021) en cuya investigación se encontró que las pacientes de raza negra e hispanos tienen un 41% más de probabilidades de presentar cáncer de cérvix en comparación con las mujeres de raza blanca y además una mortalidad mayor al 75% (30). Otro estudio que refuerza esta idea es el desarrollado por Cohen et al. (2022) cuyos resultados muestran que

la incidencia de cáncer de cérvix es mayor en mujeres de raza negra (13,8%) e hispanas (11,8%) en comparación con las demás razas (31)

En cuanto a las principales comorbilidades que encontramos en nuestro estudio se encuentra la hipertensión arterial como la central con un 42,9%, seguida por la diabetes mellitus tipo 2 equivalente a un 15,8%, a la vez que la hidronefrosis se posiciona en tercer lugar con un 15,8%. Cabe recalcar que un 25,2% de la población no presentaban ninguna comorbilidad. Estos datos coinciden con los encontrados por Pérez et al. (2022) donde se evidencia que el 90,1% de las pacientes con cáncer de cérvix presentan comorbilidades, dentro de estas las principales son los trastornos cardiovasculares en el 63,1% de los casos y la diabetes en el 33,9%. (32)

El tipo de histerectomía que con mayor frecuencia presentaban las pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil es histerectomía radical en el 38,3% de los casos. Seguida por la histerectomía simple en el 7,4% de los casos. Dejando así un 54,2% de la población que no fue tratada con ningún tipo de histerectomía. En cuanto a la aplicación de una histerectomía simple frente a una histerectomía radical encontramos que en un estudio realizado por Scutiero et al. (2024) de la Revista Europea de Oncología Quirúrgica se determinó que no hay una diferencia significativa en relación a la tasa de recurrencia y supervivencia en pacientes que cursan con cáncer de cérvix en estadios IA2-IB1 que fueron tratadas con ambos tipos de histerectomía. Sin embargo, se deja en claro que para estadios avanzados del cáncer de cérvix la cirugía con mayor tasa de éxitos es la histerectomía radical, dato que concuerda con lo observado en nuestra población de estudio, donde el 31,78% de casos cursaban con un estadio IIIB explicando así, porque en nuestro estudio es más frecuente la aplicación de la histerectomía radical en comparación con la histerectomía simple (33).

Otras medidas terapéuticas empleadas fueron la quimioterapia (74,7%) y la radioterapia (54,2%). Estos resultados coincidirían con los obtenidos por Hiroaki Komatsu et al. (2020) de la Hospital Universitaria de Tottori, quien menciona que el 53,6% de las pacientes con cáncer de cérvix reciben quimioterapia como medida adyuvante (6).

En nuestro estudio encontramos que el 100% de los casos de TVP fueron diagnosticados por medio de la ecografía doppler venosa en miembros inferiores. Esta observación es corroborada por Arguello et al. del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, quien encontró que el 93,8% de los pacientes tuvieron evidencia de TVP a través de la ecografía doppler venosa de miembros inferiores, hallazgo que luego se vio correlacionado con los niveles de dimero D reafirmando así su diagnóstico (4)

5.2 Conclusión

Se determinó que el rango etario con mayor frecuencia de desarrollar Trombosis venosa profunda según el estadio del Cáncer de cérvix en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023 es de 51 a 60 años con el 40.18%.

En cuanto al IMC, observamos que el Cáncer de cérvix y la TVP son 54,2% más frecuentes en pacientes con sobrepeso. Además, la estadificación FIGO que tuvo mayor prevalencia es el estadio IIIB donde se vieron afectadas 34 personas (31.78%), seguido del estadio IIB que representan 26 pacientes (24.30%).

El índice de Wells se le realizó a un 17.75% obteniendo de 3 a 8 puntos, lo que equivale que tienen probabilidad clínica alta de desarrollar TVP. Así mismo, la prueba de Dímero D, tuvo mayor prevalencia en un grupo de 16 personas (14.95%) consiguiendo resultados elevados >500 ng/ml.

La paridad de las pacientes tiene una gran relevancia, porque según nuestro estudio de las 107 pacientes, equivale una mayor frecuencia en mujeres multíparas siendo 104 pacientes (97.20%) que lo representan y en menor frecuencia las mujeres nulíparas con 2.80%.

En cuanto a la provincia donde habitan los 107 pacientes, es de mayor frecuencia la provincia del Guayas con 74 pacientes (69.16%), seguido de la provincia de Santa Elena con 14 pacientes (13.09%); en cambio las provincias de El Oro, Sucumbíos, Galápagos, Cañar, Bolívar y Loja son de menor frecuencia teniendo 1 paciente (0.93%) en cada una.

El lugar de residencia al que pertenecen la mayoría de casos de cáncer de cérvix atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil corresponden a zonas urbanas, con un 68,2%. Además de observarse que el 100% de la población estudiada eran mujeres de raza mestiza.

En cuanto a las principales comorbilidades encontradas en nuestras pacientes resalta en primer lugar con un 42,9% la hipertensión arterial, seguida por la diabetes mellitus tipo 2 y la hidronefrosis, ambas con un 15,8%. En relación a las pruebas imagenológicas esencialmente usadas para confirmar el

diagnostico de TVP en el 100% de casos se establecía mediante la ecografía doppler venosa.

Finalmente, dentro del presente estudio se concluye que el tratamiento quirúrgico empleado con mayor frecuencia para pacientes con cáncer de cérvix atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil es la Histerectomía radical, con el 38,3%. Mientras que las principales terapias adyuvantes son la quimioterapia y radioterapia aplicándose en el 74,7% y 54,2% de los casos respectivamente.

5.3 Recomendación

Al personal de salud, es recomendable que a toda paciente con Cáncer de Cérvix solicitarle la prueba de Dímero D y realizarle la Escala de Wells, ya que son elementos diagnósticos y de ayuda para descartar TVP, debido a que esta patología se presenta con mayor frecuencia en pacientes con movilidad limitada, similar a la experimentada por los pacientes oncológicos que tienden a vivir largas estancias de tiempo en unidades hospitalarias por su tratamiento.

Por otro lado, como pudimos observar el IMC influye en esta patología y en muchas más, por tal motivo se le recomienda a la población en general realizar actividad física y cuidar su dieta. Además de acudir regularmente a realizarse chequeos médicos para así poder identificar el padecimiento de alguna comorbilidad y poder brindarle un tratamiento oportuno al paciente, ya que las principales comorbilidades asociadas al cáncer de cérvix son la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araujo I, Pereira M, Coutinho G. Incidencia y factores asociados al tromboembolismo venoso en mujeres con cáncer ginecológico. Elsevier. 2019 agosto.
2. Colmillo C, Yang J, Ding W, Li K, Wu P. Incidencia de trombosis venosa profunda sintomática después de cirugía ginecológica: un estudio retrospectivo en población china. Revista europea de Oncología Ginecológica. 2019 diciembre;(6).
3. Jungin Kim HJKSPDKKTHK. Factores predictivos de la trombosis venosa profunda en sobrevivientes de cáncerginecológico con edema de las extremidades inferiores: un estudio retrospectivo de un solo centro. PMID. 2020.
4. Mario Andres Arguello Santacruz JLLHCAVA. Incidencia de trombosis venosa profunda en pacientes diagnosticados con neoplasias útero-ováricas: Un estudio de centro único. ONCOLOGÍA. 2021.
5. Marliyya Sanusi Zayyan GKKHAAJBI. Niveles de dímero D como marcador de trombosis venosa profunda en pacientes con cáncer de cuello uterino: un estudio de una población de pacientes del norte de Nigeria. Revista Médica Sahel. 2019.
6. Hiroaki K, Muneaki S, Daiken O. Trombosis venosa profunda y dímero D sérico tras cáncer linfadenológico pélvico. International journal of gynecological cancer. 2020 Marzo.
7. Nicholson M, Chan N, Bhagirath V, Ginsberg J. Prevención del tromboembolismo venoso en 2020 y más allá. Journal of clinical medicine. 2020 Agosto; 9(8).
8. Nawfal A, Safa S. Nivel de dímero D y puntaje de Wells en mujeres sometidas a linfadenectomía en cáncer ginecológico para evaluar el riesgo de Trombosis venosa profunda. Journal of the Faculty of Medicine Baghdad. 2022 Junio; 64(3).
9. OMS. Declaración de la OMS sobre las señales en materia de seguridad relativas a la vacuna de AstraZeneca contra la COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2023 agosto 16. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-03-2021-who-statement-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-safety-signals>.
- 10 INEC: trombosis venosa. [Online].; 2022 [cited 2023 Agosto 16. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMmE3NDMwOGMtZGJlOC00MDJhLWUwYWMtZDg1MmMwZmViNDNBmliwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTEwMiJ9>.

- 11 INEC: Embolia pulmonar. [Online].; 2022 [cited 2023 Agosto 16. Available from:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMmE3NDMwOGMtZGJIOC00MDJhLWwYWMtZDg1MmMwZmViNDNmliwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTExMiJ9>.
- 12 Galeano-Valle F, Ordieres-Ortega L, Oblitas C. Inflammatory Biomarkers in the Short-Term Prognosis of Venous Thromboembolism: A Narrative Review. International journal of molecular sciences. 2021 Marzo; 22(5).
- 13 Hilario DE. Departamento de Biología Celular e Histología. [Online].; 2020 [cited 2023 12 10. Available from:
[https://www.beitufertilidad.org/Symposium/ponencias/2_hilario_enrique\(morfo_uterina\).pdf](https://www.beitufertilidad.org/Symposium/ponencias/2_hilario_enrique(morfo_uterina).pdf).
- 14 Laufer M. UpToDate: Benign cervical lesions and congenital anomalies of the cervix. [Online].; 2023 [cited 2023 12 01. Available from:
https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/benign-cervical-lesions-and-congenital-anomalies-of-the-cervix?search=cervix%20uni%C3%B3n%20escamoso-cil%C3%ADndrica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
- 15 Feltmate C, Feldman S. UpToDate: Colposcopy. [Online].; 2023 [cited 2023 12 01. Available from:
https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/colposcopy?search=uni%C3%B3n%20escamoso%20columnar&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4.
- 16 Dash S, Kumar Sethy P, Kumari Behera S. Cervical Transformation Zone Segmentation and Classification based on Improved Inception-ResNet-V2 Using Colposcopy Images. Sage Journals. 2023 Jan; 22.
- 17 Kusakabe M, Taguchi A, Sone K, Mori M, Osuga Y. Carcinogenesis and management of human papillomavirus-associated cervical cancer. International Journal of Clinical Oncology. 2023 Jun; 28.
- 18 Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer con la participación de representantes de las instancias de la sede central del Ministerio de Salud INdEN. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. [Online].; 2019 [cited 2023 11 29. Available from:
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>.
- 19 Lorenzo DLS. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. [Online].; 2023 [cited 2023 11 29. Available from:
<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=0>.

- 20 Dr. Arturo Raúl Arévalo B. DDEASDCJVS. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. SCIELO. 2019; 23(2).
- 21 Oncology ASoc. Cancer.Net. [Online].; 2019 [cited 2023 11 30. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/diagnostico>.
- 22 Dra. Karla Francini Víquez DRACDMJH. Cervical cancer: overview. Revista médica Sinergia. 2022 Sep; 7(9).
- 23 NIH. NIH Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2022 [cited 2023 11 30. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>.
- 24 Lip G, Hull. UpToDate: Overview of the treatment of proximal and distal lower extremity deep vein thrombosis (DVT). [Online].; 2023 [cited 2023 11 30. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-the-treatment-of-proximal-and-distal-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt?search=trombosis%20venosa%20profunda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H412636.
- 25 Schick , Pacifico. Deep Venous Thrombosis of the Lower Extremity. NCBI (Stat Pearls). 2022 Sep.
- 26 Bauer K, Lip G. UpToDate: Overview of the causes of venous thrombosis. [Online].; 2023 [cited 2023 11 30. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-the-causes-of-venous-thrombosis?search=trombosis%20venosa%20profunda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2.
- 27 Waheed S, Kudaravalli P, Hotwagner D. Deep Vein Thrombosis. NCBI (Stat Pearls). 2023.
- 28 Bauer K, Huisman M. UpToDate: Clinical presentation and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected deep vein thrombosis of the lower extremity. [Online].; 2023 [cited 2023 11 30. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-the-nonpregnant-adult-with-suspected-deep-vein-thrombosis-of-the-lower-extremity?search=trombosis%20venosa%20profunda&source=search_result&source=search_result&source=search_re.
- 29 Zhetpisbayeva I, Kassymbekova F, Sarmuldayeva S, Semenova Y, Glushkova N. Cervical Cancer Prevention in Rural Areas. Ann Glob Health. 2023 Nov; 89(1).

- 30 Christy K, Kandasamy S, Majid U, Farrah K, Vanstone M. Understanding Black Women's Perspectives and Experiences of Cervical Cancer Screening: A Systematic Review and Qualitative Meta-synthesis. *J Health Care Poor Underserved*. 2021 Nov; 32(4).
- 31 Cohen C, Wentzensen N, Castle P, Schiffman M, Zuna R. Racial and Ethnic Disparities in Cervical Cancer Incidence, Survival, and Mortality by Histologic Subtype. *Journal American Society of Clinical Oncology*. 2022 Dec; 41(5).
- 32 Pérez G, Amaya C, Umpierre S, Ortiz A. Effect of chronic comorbidities on quality of life of gynecologic cancer patients in Puerto Rico. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2022 Apr; 46(29).
- 33 Taliento , Scutiero , Arcieri , Pellecchia , Tius , Bogani. Simple hysterectomy versus radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Surgical Oncology*. 2024 Apr; 50(4).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Castro Vera Rebeca Ana**, con C.C: # 0931412803 y **Sánchez Silva Aldo Gabriel** con C.C: # 1313102129 autores del trabajo de titulación: **Desarrollo de la trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.


2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **09 de mayo de 2024**

f.  Al escanear el código QR se generará un documento con los datos de identificación de la persona.
**REBECA ANA CASTRO
VERA**

Castro Vera Rebeca Ana

C.C: 0931412803

f.  Al escanear el código QR se generará un documento con los datos de identificación de la persona.
**ALDO GABRIEL
SANCHEZ SILVA**

Sánchez Silva Aldo Gabriel

C.C: 1313102129

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Desarrollo de la trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023		
AUTOR(ES)	Castro Vera Rebeca Ana Sánchez Silva Aldo Gabriel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Otero Celi María Elisa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	09 de mayo de 2024	No. DE PÁGINAS:	(46 páginas)
ÁREAS TEMÁTICAS:	Oncología y hemodinamia		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Cáncer de cérvix, trombosis venosa profunda, prevalencia, comorbilidades, histerectomía.		

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación posoperatoria frecuente después de una cirugía ginecológica debido a un cáncer y puede provocar una embolia pulmonar (EP) potencialmente letal. La TVP y la EP constituyen una sola entidad patológica conocida como tromboembolismo venoso (TEV). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Trombosis venosa profunda según el estadio del cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 80 años en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el periodo 2017-2023. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, con una población de 107 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y TVP, atendidos por el departamento de oncología del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, los datos fueron obtenidos mediante la revisión de historias clínicas del hospital. **Resultados:** La prevalencia de la enfermedad fue del 3.81%, afectando principalmente a pacientes entre 51 a 60 años de edad (40.18%). El estadio de cáncer de cérvix IIIB fue el más frecuente (31.78%). Los pacientes con sobrepeso son más susceptibles (54,2%). La mayoría de casos estudiados eran del Guayas (69.16%). Las principales comorbilidades fueron la hipertensión arterial (42,9%), diabetes mellitus tipo 2 (15,8%) y la hidronefrosis (15,8%). **Conclusión:** Entre los 51 a 61 años se concentran la mayor cantidad de casos. El estadio de cáncer de cérvix con mayor porcentaje casos de TVP fue el IIIB. Ambas patologías se presentan principalmente en pacientes con sobrepeso. La mayor parte de los casos reportados eran procedentes de la provincia del Guayas. La principal comorbilidad asociada fue la hipertensión arterial.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +5930960053657 +5930981038088	E-mail: rebeca.castro@cu.ucsg.edu.ec aldo.sanchez@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio	
	Teléfono: +593982742221	
	E-mail: diego.vasquez @cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	