

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POST GRADO.**



TRABAJO DE POSGRADO:

**“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL CÁNCER GINECOLÓGICO EN HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS DE SANTA ANA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENERO DE 2012 A
DICIEMBRE 2016.”**

PARA OPTAR AL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

**DRA. CARRANZA LÓPEZ, AMBAR MIRELLA
DRA. GONZALEZ ALVARADO, CARLA TATIANA**

DOCENTE DIRECTOR:

DR. EDDY OMAR SILVA DELGADO

DICIEMBRE, 2017

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

**AUTORIDADES DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

Rector:

Master Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico:

Dr. Manuel de Jesús Joya Ábrego

Vicerrector Administrativo:

Ing. Nelson Bernabé Granados

Secretario General:

Lic. Cristóbal Hernán Ríos Benítez.

Defensora de los Derechos Universitarios:

Licda. Claudia María Melgar de Zambrana

Fiscal:

Lic. Rafael Humberto Peña Marín

**AUTORIDADES DE LA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

Decano:

Dr. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vice Decano:

MEd. Roberto Carlos Sigüenza

Secretario:

MEd. David Alfonso Mata Aldana

Directora de Posgrado:

MEd. Rina Claribel Bolaños de Zometa.

Coordinador general de las especialidades médicas:

Dr. Fredy Zermeño Méndez.

Coordinador de Ginecología y Obstetricia:

Dr. Nelson Emilio Montes.

ÍNDICE.

	Nº
Introducción	
Capitulo I. Planteamiento del problema	8
1.1 Delimitación del problema	10
1.2 Delimitación espacial	10
1.3 Alcance del problema	10
1.4 Limitantes de la investigación	10
1.5 Formulación o enunciado del problema	11
1.6 Objetivos de la investigación	12
1.6.1 Objetivo general	12
1.6.2 Objetivos específicos	12
1.7 Formulación de preguntas de la investigación.	13
1.8 Justificación de la investigación.	14
Capítulo II. Marco teórico	16
Capitulo III. Operacionalización de variable.	41
Capítulo IV Diseño metodológico de la investigación	42
4.1 Universo	42
4.2 Muestra	42
4.3 Métodos e instrumentos de recogida de datos.	43
4.4 Consideraciones éticas.	45

Capítulo V Procesamiento de datos.	46
5.1 Conclusiones.	65
5.2 Recomendaciones	67
Bibliografía.	70
Anexos	71
A.1 Cronograma de actividades.	72
A.2 Presupuesto de investigación.	73
A.3 Ubicación de Hospital Nacional San Juan de Dios. Santa Ana.	74
A.4 CIE-10	75

INTRODUCCIÓN

La presente tesis pretende dar a conocer la cantidad de pacientes ginecológicas que son detectadas con las pruebas de tamizaje de algún tipo de cáncer ginecológico en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana, y de esta forma realizar un diagnóstico situacional comparativo con las bases de datos existentes.

La tesis está estructurada en cuatro capítulos, en el primero se realiza el planteamiento del problema, en el que se especifica la necesidad de conocer la incidencia de pacientes oncológicas que son detectadas en el hospital. EL segundo capítulo consiste en el marco teórico, en el que definimos lo que es el cáncer, su incidencia a nivel mundial, causas, métodos diagnósticos, así como su tratamiento.

El tercer capítulo describe el diseño metodológico de la investigación y el cuarto capítulo se encuentra en detalle todos los hallazgos encontrados en nuestra investigación.

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos, generando así una alta morbilidad y mortalidad que deteriora su expectativa y calidad de vida, condicionando entre otros aspectos, desequilibrio en la economía familiar, al hacer frente a una enfermedad de alto costo como esta, así como dolor y sufrimiento en cada una de las familias en las que al menos uno de sus miembros sufre esta enfermedad.

Es por esta razón que se vuelve imprescindible establecer como prioridad la respuesta integral en la atención de las personas con cáncer, visibilizando la problemática y generando una respuesta estructural para saldar la enorme demanda de atención en esta población

Para poder ofrecer una respuesta integral a las personas con cáncer se vuelve imperativo, conocer la información generada a nivel nacional sobre esta problemática, para incidir en la toma de decisiones que lleve a la priorización de las intervenciones, a fin de impactar en la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por la enfermedad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Situación problemática

El cáncer se define, según la Organización Mundial de la Salud, como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Basándonos en esta definición podemos decir que cáncer ginecológico es cualquier cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer: Ovario, Trompas de Falopio, endometrio, cérvix, vulva, vagina y mamas.

Según la organización británica Cancer Research UK, en los últimos 40 años ha habido pocos cambios en los tipos de cáncer que se diagnostican con mayor frecuencia en el mundo.

Los cuatro tipos más comunes a nivel mundial en mujeres son: mama, colon y cérvix son responsables de 4 de cada 10 diagnósticos (42% de todos los casos de cáncer globales), según el Proyecto Globocan 2012, una base de datos de relevamiento de cáncer a cargo de la Asociación Internacional de Registros del Cáncer (IACR, según siglas en inglés). El cáncer de pulmón es el tipo más común entre hombres, mientras que la recurrencia del de mama es la mayor entre mujeres.

El Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, realiza diagnóstico de cánceres ginecológicos, pero al momento no contamos con datos estadísticos de la cantidad de pacientes que demandan este servicio como región occidental a la que pertenecemos.

Además vemos las limitaciones que presentamos por la carencia de recurso humano y físico.

Por lo que conocer la incidencia de dichos cánceres, se torna importante pues se necesita reflejar la demanda de pacientes con tales patologías, para poder brindarles un manejo adecuado y así mejorar su calidad de vida.

El presente trabajo pretende recolectar la cantidad de pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico, así como su seguimiento y manejo para fortalecer deficiencias en este centro hospitalario, y así demostrar las posibles sugerencias sobre los tipos de cáncer que más se diagnostican en este hospital y la necesidad que hay de que estos sean tratados en la red pública ya que conocemos la demanda las carencias que padecen estos pacientes que forman parte de este centro asistencial, y la posibilidad de mejora en su estilo de vida, ya que con nuestra carencia como hospital de segundo nivel no contamos con tratamiento oncológico más que paliativo y no resolutivo.

1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2 Delimitación espacial

La investigación se llevará a cabo en el hospital San Juan de Dios, de la Ciudad de Santa Ana, del departamento de Santa Ana. En el área del departamento de especialidades médicas de ginecología y obstetricia.

1.3 Delimitación temporal

La investigación se realizará en un periodo de 5 años, iniciando en el mes de enero del año 2012 y terminara en el mes de diciembre del año 2016.

1.4 Alcance del problema.

Se tomaran en cuenta al 100% de pacientes a quienes se les realizo el diagnóstico de algún tipo de cáncer ginecológico que este documentado de forma veraz ya sea de forma clínica, estudio de gabinete o histopatológicamente.

1.5 Limitantes de la investigación.

- Actualmente el MINSAL, cuenta con un sistema único de información en salud constituido por bases de datos: SIMMOV (Morbimortalidad + estadísticas vitales), SEPS (Producción de servicios), VIGEPES (Vigilancia epidemiológica), SUMEVE (Vigilancia VIH-SIDA). SIFF (ficha familiar), VECTORES (Dengue), VACUNAS, VIGILANCIA ESPECIAL, SINAB (Monitoreo de abastecimiento).

De los cuales el único que nos interesa para esta investigación, es el SIMMOV que es el que almacena toda la información de toda morbilidad de manera generalizada.

Dicho sistema nos brinda únicamente número de expediente, diagnóstico y nombre de la persona, si consulta por primer vez o su control es subsecuente, si la atención fue ambulatoria; en el caso de nuestra investigación sobre algún tipo de cáncer ginecológico. Siendo esta información muy escasa y vaga a la hora de poder establecer un diagnóstico situacional.

MINSAL no cuenta con una base de datos específica para poder brindar un diagnóstico situacional. Lo cual limitara reflejar la demanda real de estos pacientes.

- Se cuenta con muy poco tiempo libre para poder realizar la investigación.
- La información que hace diagnóstico histopatológico no tienen orden coherente ni ordenado se encuentra en base de datos con otras especialidades.

1.6 Formulación o enunciado del problema

¿Se debe realizar un diagnóstico Situacional comparativo sobre Cáncer Ginecológico En Hospital San Juan De Dios De Santa Ana?

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Objetivo general:

Realizar un diagnóstico situacional comparativo con las bases de datos existentes del ministerio de Salud sobre Cáncer Ginecológico En Hospital San Juan De Dios De Santa Ana; consolidando así un dato más real y actualizado sobre la temática abordada y este sirva como aporte para la realización de gestiones de mejora para las pacientes oncológicas atendidas en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

1.6.2 Objetivos específicos:

1. Analizar el número de casos con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, ovario, vulvar, vaginal, trompa de Falopio diagnosticados en el HNSJDD Santa Ana en el período comprendido entre enero 2012 a diciembre 2016, con la base de datos del MINSAL. SIMMOV.
2. Identificar los métodos diagnósticos por el cual se dio a conocer algún tipo de cáncer ginecológico.
3. Describir el grado o clasificación de los distintos cánceres que son tratados en nuestro hospital y por ende cuáles ameritan referencia a los hospitales oncológicos o de tercer nivel.

1.7 FORMULACIÓN DE PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. ¿Cuál es el número de casos con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, ovario, vulvar, vaginal, trompa de Falopio diagnosticados en el Hospital Nacional San Juan De Dios Santa Ana?
2. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos con los que cuenta el Hospital Nacional San Juan De Dios Santa Ana de Santa Ana para el cáncer ginecológico?
3. ¿Qué estadios clínicos del cáncer ginecológico son tratados en nuestro hospital y cuáles son los referidos a los hospitales oncológicos o de tercer nivel?

1.8 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, los diferentes tipos de cáncer son una de las principales causas de muerte. El año 2007 se registró un total de 7,9 millones de muertes por cáncer a nivel mundial, representando aproximadamente el 13% de todas las muertes. Cerca de 72% de las muertes por cáncer se producen en países de ingresos medios y bajos. Se estima que el número de muertes anuales por cáncer seguirá en aumento, proyectándose un incremento de 45% entre los años 2007 y 2030, llegando a 11,5 millones de muertes.

En América Latina, se ha estimado para el año 2008 un total de 1 011 000 casos incidentes de cáncer, siendo más los casos en mujeres (522 000) que en hombres (489 000), y un total de 589 000 muertes por cáncer. En los hombres, los tipos de cáncer más frecuentes son el de próstata, seguido del pulmonar, mientras que en las mujeres son el cáncer de tipo ginecológico.

Al hablar de Cáncer Ginecológico se hace referencia a los cánceres que se desarrollan en los órganos de la mujer involucrados en la reproducción humana: útero y anexos. Debe entenderse que están agrupados por su relación anatómica inherente las neoplasias malignas de la vulva, vagina, cuello uterino, endometrio, trompas de Falopio y ovarios. Asimismo las glándulas mamarias, ya que estas están involucradas directamente en el soporte nutricional del recién nacido dentro de este proceso reproductivo.

Se ha estimado que en El Salvador ocurren alrededor de 9,000 casos nuevos de cáncer cada año, de los cuales 5,900 se vuelven mortales, según indican datos del GLOBOCAN 2012.

Al establecer que el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial, se hace imprescindible determinar y conocer la incidencia a nivel local, puesto que en el hospital nacional San Juan de Dios Santa Ana, existe un número no determinado de pacientes a quienes se les realiza diagnóstico de algún tipo de cáncer ginecológico, pero al no contar con una base de datos del conjunto de estos, no se evidencia la demanda real ni la carencia de recurso para manejar este tipo de pacientes.

Es por ello que el presente trabajo tiene como fin establecer la incidencia de los diferentes tipos de neoplasias que engloban o conforman el cáncer ginecológico en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, comparado con la base de datos del MINSAL, en el período comprendido de enero de 2012 y diciembre 2016 para llevar un control del total de pacientes diagnosticadas y manejadas. De esta forma se busca mejorar la calidad del servicio.

Demostrando además que en nuestra área geográfica no se brindan tratamientos agresivos en oncología ya que estos son referidos a hospitales a nivel central como HOSPITAL DE LA MUJER Dra. MARIA ISABEL RODRIGUEZ o Instituto del Cáncer. Ya que no contamos con instalaciones ni personal entrenado en oncología y con los que contamos no tienen suficientes horas ni instalaciones ni equipo para atender a estos pacientes.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos del cáncer.

Parece indiscutible que lo que conocemos hoy bajo el término genérico de cáncer ha existido siempre en el ser humano moderno, al menos con seguridad dentro del periodo de las civilizaciones en los últimos 5000 años, como lo atestiguan los hallazgos egipcios en el papiro de Smith y de Ebers.

Anterior a estas fechas aproximadas, no existe evidencia absoluta que los Homo sapiens de los últimos 200 000 años lo hayan padecido, aunque es de suponer que seguramente hace 40 000 años, en la época Cromagnon europea, existía tal condición, si se tiene en cuenta al menos la etiología genética. Es probable que a partir de la aparición de la agricultura y la domesticación de animales, entre 12 000 y 8 500 años atrás, cuando el H. sapiens tomó contacto cercano con las plantas y los animales, y mayor número de microorganismos, hayan aparecido ciertas formas de cáncer, considerando que la alimentación humana cambió radicalmente con nuevos granos, bayas y frutos; y con la ingesta de productos lácteos de la cabra, la vaca, el carnero, y tal vez de otros animales dentro de las 5 especies primariamente domesticadas.

Hay un reciente hallazgo en el norte de Sudán, en un fósil de 3200 años de antigüedad, que muestra signos de metástasis, en especial en la escápula, considerado la documentación más antigua con respecto al cáncer.

En total existen alrededor de 200 fósiles hallados que tienen alguna evidencia de haber padecido enfermedad maligna, algunos correspondientes al periodo pre-hispánico de México y Perú.

Egipto, Grecia, Roma y Bagdad:

El papiro egipcio más antiguo es el de Smith (1600 A.C.), actualmente recopilado en la Academia de Medicina de New York, es un documento que ilustra las afecciones de la época, describiendo 8 casos de úlceras o tumores removidos con el uso de un “cauterio” y posibles osteosarcomas. En el papiro de Ebers (1500 A.C.), lamentablemente perdido durante la segunda guerra mundial, hay una mayor descripción de lesiones tumorales con referencia a órganos afectados, como la piel, el estómago, el útero, el ano, y posiblemente la tiroides, así como relatos de extirpaciones quirúrgicas.

También Hipócrates (Grecia siglo V), en su teoría de los cuatro humores: flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra, descrita en el Corpus Hipocraticum, relaciona los excesos y desequilibrios de los humores a estados como la melancolía y su posible relación con enfermedades, recomendando para el tratamiento de tumores el aceite de rosas y la extirpación quirúrgica. Hipócrates creó el término cáncer para designar los crecimientos malignos, palabra que significa cangrejo y sugiere el avance del proceso en todas direcciones.

Galeno, médico griego del siglo II, recomendó el cauterio y la cirugía para los crecimientos tumorales, a los que denominó “oncos”, que quiere decir “hinchazón”. Celso, en Roma, indicaba emplastos de miel, higos y col para esta condición, mientras el médico árabe Rhazes, siguiendo a Galeno, insistía en el empleo del cauterio y la cirugía. Todos conocieron la capacidad de recidiva que poseían ciertos crecimientos después de la ablación quirúrgica, complicación que era temida y con frecuencia considerada fatal.

Los descubrimientos médicos en la mitad del siglo XIX, como la anestesia por vapores de éter, empleados por William Morton, y del cloroformo por Young Simpson, así como la asepsia por lavado de manos debido a Ignaz Semmelweis y a Wendell Holmes, dieron el primer paso hacia el avance de la cirugía. La magna revelación que las infecciones se debían a microbios, demostrada por Louis Pasteur, y la aparición de la

antisepsia con el fenol, iniciada por Joseph Lister, mejoraron radicalmente el avance quirúrgico en la segunda mitad del siglo.

Las primeras intervenciones mayores dentro del abdomen se refieren también al siglo XIX, cuando aparecieron cirujanos con atrevimiento y coraje extraordinarios.

La cavidad abdominal era considerada muy peligrosa y su invasión terminaba casi siempre con la muerte debido a infección o hemorragia.

Fue excepcional el caso de Ephrain McDowell que en 1809 intervino a una mujer con una gran tumoración ovárica en condiciones elementales. La operación se llevó a cabo sobre la mesa de la cocina de su casa en Kentucky y tuvo buen resultado, siendo repetida con éxito en más de tres ocasiones por el mismo cirujano.

Desde entonces muchos médicos y anatomistas contribuyeron al progreso de la cirugía. James Douglas hizo la descripción de las referencias anatómicas del peritoneo e hizo posible su entendimiento y la mejor comprensión del progreso quirúrgico. Hubo investigadores extraordinarios como Theodore Billroth, pionero de la cirugía abdominal, o como Kocher que inició las intervenciones de la tiroides, que dieron un paso fundamental en el siglo. El cirujano Sims utilizó extensamente las suturas de plata para mejor sostén de los tejidos, contribuyendo al desarrollo de la técnica quirúrgica.

En 1894, William S. Halsted fue pionero en el uso de guantes de goma para las intervenciones quirúrgicas, que llegaron a Perú por Constantino T.

Carvallo en 1899, junto con el primer aparato de rayos X.

También Halsted fue pionero de la mastectomía radical en los EE.UU, aunque su técnica recomendaba la extirpación de ambas mamas, los ganglios y los músculos pectorales del lado afectado, siendo modificada más tarde por otros cirujanos. La mastectomía se había practicado en el pasado lejano en Egipto, con resultados no conocidos, y en Perú, durante la colonia, se solía hacer una operación de mastectomía para tratar el cáncer mamario o Zaratán, como se llamaba entonces, empleando la

técnica europea de incisión en cruz, modificada por el cirujano francés J.L. Petit quien radicó y enseñó en Lima a fines del siglo XVIII.

Europa y America.

Hasta mediados del siglo XIX el tratamiento de tumores fue elemental en Europa, basado mayormente en la extirpación con técnicas muy rudimentarias.

No existía disponibilidad de anestesia, ni asepsia alguna, y los resultados de inicio fueron desastrosos.

Durante la edad media ciertas intervenciones quirúrgicas fueron posibles con la ayuda de la mandrágora y posiblemente del beleño egipcio, plantas somníferas que contienen escopolamina, atropina y hioscina, y también amenguan el dolor. Fue posible usar el tratamiento quirúrgico en algunas tumoraciones, pero el éxito resultaba casi siempre nulo por la infinidad de complicaciones y la remoción incompleta con la cirugía de entonces. La carencia de conocimientos científicos jugó un importantísimo papel, ya que no existían conceptos claros sobre la enfermedad ni sobre la patología para hacer una buena evaluación. La cirugía de la edad media se modernizó en el siglo XII, cuando Rogerio de Salerno escribió su tratado de *Práctica Chirurgiae*, describiendo el trato que debía darse a cada afección.

Entonces las ideas con respecto a la etiología y al curso de los procesos mórbidos estaban ligadas a las creencias sobrenaturales o al merecimiento divino, y se careció de visión científica por un largo tiempo, hasta llegado el avance de mitad del siglo XIX, cuando Schann enunció su teoría celular y Virchow inició la histología patológica. La anatomía fue mayormente teórica por casi trece siglos, basada en los escritos de Galeno en el siglo II, enteramente en referencia a animales como el cerdo y el mono, lo cual dificultaba en extremo cualquier intervención quirúrgica. Recién en 1543, cuando Andrea Vesalius publica su *De Humanis Corporis Fabrica*, mostrando láminas de la anatomía humana procedente de cadáveres de ajusticiados.

Otros investigadores en el siglo XIX contribuyeron notablemente al avance de la cirugía y por ende a los primeros avances para la terapia de cáncer.

Notables en el aspecto de la ginecología fueron Freund en Alemania, quien practicó y estandarizó la técnica de la histerectomía total; Koeberle en Francia, que ensayó modificaciones en la misma operación, y Schauta y Wertheim, en Viena, iniciando la operación radical para el cáncer del cuello uterino. El peruano Juvenal Denegri fue discípulo de Wertheim y trajo al Perú la operación radical de histerectomía, practicada en el hospital de Santa Ana, y más tarde realizó la primera gastrectomía radical por cáncer de estómago.

Merecen ser recordados Constantino T. Carvalho, iniciador de la panhisterectomía, y Lino Alarco que realizó en Lima la primera ovariectomía exitosa en 1878, en el domicilio de la paciente, con uso de anestesia general por cloroformo y técnicas competentes de asepsia.

En esa lejana época fueron apareciendo cirujanos que luego tomaron un gran papel en el siglo XX. Eduardo Bello, G. Gastañeta y C. Villarán, fueron los maestros de los primeros años del siglo en Perú, y propulsaron la cirugía general y de cáncer, así como la docencia y el nivel académico.

Otro gran avance del siglo XX fue la aparición de la quimioterapia, originalmente inspirada en los efectos del gas mostaza durante la primera guerra mundial, que se utilizó al principio en linfomas. Más tarde se descubrieron los antifolatos, como el metrotexato, empleado en leucemias y luego en tumores placentarios como el coriocarcinoma.

Aparecieron otros fármacos derivados de *Catharanthus roseus* (antiguamente *Vinca rosea*), como la vincristina, y más adelante los taxanos. De gran valor resultaron los medicamentos en base al platino, cuyo prototipo es el cisplatino, de uso en crecimientos epiteliales malignos. Han tenido reciente aparición las antraciclinas, inhibidoras de la reproducción celular a nivel del ADN, así como los inhibidores de la

tirosino-quinasa, como el imatinib, para las leucemias, y el paclitaxel para cáncer de mama, pulmón, ovario y sarcoma de Kaposi.

Los inhibidores del factor de crecimiento tumoral, tipo el erlotinib, son medicamentos de promesa para el control de cánceres en etapa avanzada, como el de páncreas y pulmón.¹

Los estudios sobre la estructura helicoidal del ADN iniciados por Watson y Crick en 1953 y el mapeo genético, revelaron finalmente el genoma humano en el siglo XXI. Esto permitió el inicio científico de la terapia hormonal en tumores sensibles como el de mama, reemplazando la castración quirúrgica de mediados del siglo XX. Los genes BRCA1 y BRCA2 se identificaron más tarde en los cromosomas 17 y 13 respectivamente, con especificidad para mama y otros como próstata, logrando un avance indiscutible. Se han logrado sintetizar por técnica recombinante, según el modelo del genoma, productos anti estrógeno como el tamoxifeno y el raloxifeno, así como inhibidores de la aromatasa, que hacen posible el bloqueo de la conversión andrógeno-estrógeno, evitando el estímulo sobre receptores específicos. La genética también ha permitido llegar al uso de proteínas inmunes, o anticuerpos monoclonales. Estos elementos obtenidos del suero de ratones, han llegado a sofisticarse hasta llegar a obtenerse anticuerpos humanizados de mucha mejor tolerancia y efectividad, como el moderno trastuzumab, usado para combatir el cáncer mamario, todo lo que ha servido enormemente, además, para favorecer la terapia adyuvante avanzada.

En general, los tratamientos biológicos han representado un gran avance con el empleo de sustancias naturales como son los interferones (INFs), que pueden inducir una mejor respuesta del sistema inmune activando las células NK (natural killers) y las dendríticas. Las citoquinas, de otro lado, pueden provocar un refuerzo en los leucocitos, como la IL-2, que aumenta la producción de anticuerpos en los linfocitos Beta, incrementando su En el siglo XX se dio comienzo al tratamiento científico amplio del cáncer, ya no únicamente con la cirugía sino con otras terapias que se descubrieron. En los inicios del nuevo siglo surgió un enorme interés por los efectos

biológicos favorables que podían obtenerse con el uso de los rayos X, descubiertos por Roentgen en 1895. Rápidamente siguió la aparición del radio (radium) con los trabajos de Marie Curie en 1898, y fue aislado en 1911. El uso de la radiación como terapia tomó gran impulso para empleo en diferentes enfermedades, en especial aquellas que afectan la piel, como el lupus y los epitelomas. Schiff y Freund reportaron éxito moderado en el tratamiento del lupus facial, demostrando al menos alguna efectividad, aunque pronto se reconocieron efectos colaterales indeseables. Más tarde se orientó el uso de la radiación a enfermedades tumorales malignas. La Radioterapia ha avanzado mucho desde entonces y se han desarrollado técnicas modernas de mayor efectividad y menores reacciones adversas, constituyéndose en una ciencia indispensable para el tratamiento actual del cáncer, que incluye cáncer mamario, la braquiterapia o tratamiento de contacto con la zona tumoral, y el uso de sustancias radioactivas como el yodo 131 para cáncer de tiroides. Paralelamente, el uso de las radiaciones en el diagnóstico de enfermedades neoplásicas ha tomado impulso, aportando técnicas muy modernas de diagnóstico como la mamografía avanzada, la tomografía axial computarizada (TAC). Al diagnóstico por imágenes se ha sumado la ecografía o sonografía, aparecida en los años 60's, y más tarde la resonancia magnética.

Estas terapias se emplean en melanomas, sarcomas e hipernefromas. Se suman las perspectivas de las vacunas terapéuticas, portadoras de antígenos del propio tumor con el fin de estimular las células inmunes; la terapia con virus oncolíticos, aún en fase experimental, y la genética con introducción de ADN en células vivas para alterar el genoma, usando vehículos naturales como los virus.

Por último, el trasplante de médula ósea, arriesgada técnica que utiliza la extracción parcial y la reserva de la médula del propio paciente o de familiares inmunocompetentes, ha tenido resultados variables. Permite el uso masivo y potencialmente letal de quimioterapia, al punto que destruye la médula ósea, para luego trasplantar la que está en reserva y rescatar la competencia inmunológica del paciente. Su empleo se limita a linfomas y leucemias en estadios avanzados.²

Dentro de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud, en el Hospital Nacional Rosales, es inaugurado en 1838 el “Pabellón de cancerología”, como el primer servicio a nivel nacional destinado específicamente al tratamiento de los pacientes con cáncer; posteriormente en 1926, se funda en el mismo hospital el Servicio de radium, destinado a la aplicación de radioterapia ionizante; en 1951 se establece la Clínica de Diagnóstico Precoz de Cáncer, en la consulta externa del mismo nosocomio, colocándose en sus instalaciones el primer equipo de cobaltoterapia en 1959. En 1992 se apertura del servicio de Hemato-oncología, el cual funciona hasta la fecha. En el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, entre los años 1957 a 1962, se implementó la aplicación de braquiterapia con fuentes radiactivas de Radium, en pacientes con cáncer de útero y cáncer de piel, sin embargo no se pudo dar continuidad a las intervenciones. Desde ese momento, el tratamiento para los pacientes con cáncer en ese nosocomio, se ha limitado a las intervenciones quirúrgicas y referencia posterior a los hospitales nacionales o al Instituto del Cáncer para el tratamiento con radioterapia o quimioterapia. En 1966 el Hospital Divina Providencia es fundado por iniciativa de la Religiosa Carmelita misionera de Santa Teresa, Hermana Luz Isabel Cuevas, con el fin de brindar alberge a las personas con cáncer que reciben tratamiento oncológico. En 1969 amplía sus instalaciones a ocho salas con capacidad para albergar a 128 pacientes. En el mes de septiembre del año 2002 se decide adoptar los Cuidados Paliativos como disciplina institucional. En el antiguo Hospital Nacional de Maternidad a inicios de la década de los años sesenta, se introdujo la propuesta de tamizaje de cáncer de cuello uterino, mediante la toma de citología cérvico-uterina, a toda paciente que consultaba en el mencionado nosocomio. En la década del setenta, se inauguró en San Salvador el primer laboratorio de citología centralizado del Ministerio de Salud, a partir de este momento se disemina progresivamente a nivel nacional el tamizaje de cáncer de cuello uterino, 16 hasta realizarse en todos los establecimientos de salud relacionados. En 1987 se crearon las unidades descentralizadas de citología en las regiones de salud, se capacitaron citotecnólogas y se creó la unidad de calidad para las citologías en el Laboratorio Central; así mismo, se capacitaron los primeros

colposcopistas y se dotó a cada región de unidades de colposcopia y crioterapia. Asimismo en el antiguo Hospital Nacional de Maternidad, a pesar de no existir un servicio estructurado de Oncología, desde 1981 se contaba con equipo para brindar tratamiento con braquiterapia con Radium, el cual fue trasladado en 1990 al Hospital Rosales; posteriormente en 1992, inicia el funcionamiento del Servicio de Ginecología Oncológica, con una capacidad instalada de treinta camas atendido por tres ginecólogos – oncólogos y seis enfermeras. Debido al terremoto de 2001, el Hospital de Maternidad redujo el funcionamiento de algunas áreas y este servicio quedo reducido a quince camas. Los servicios prestados eran: cirugía, quimioterapia y consulta externa. En 2006 se creó el programa de quimioterapia ambulatoria, lo cual contribuyó a reducir la estancia hospitalaria. En 2007, El MINSAL oficializa las normas y guías técnicas para la Prevención y Atención de las formas invasivas y no invasivas de cáncer de mama y cérvix.

En el Hospital Nacional de San Miguel, históricamente los pacientes han sido atendidos por el personal de las especialidades médicas básicas y luego son referidos para su manejo. A partir de febrero del 2007, se inician las atenciones en el área de oncología por Especialistas del área. En relación al ISSS, en 1989 inicia el proyecto de la Unidad de Oncología, comenzando con la construcción del Hospital de Oncología en 1991- 1992. En noviembre de 1993 da inicio la consulta externa oncológica y en febrero de 1994 se habilita el área hospitalaria. En 1996 se apertura la “Clínica de Tabaco”, así como el Registro de Tumores. El Instituto del Cáncer es fundado el 15 de enero de 1971 como una institución benéfica, privada, sin fines de lucro y ajena a toda actividad política y religiosa, que ofrece servicios de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los pacientes referidos y por demanda espontánea; además desarrolla sus actividades en coordinación con el Ministerio de Salud, con el cual ha suscrito un convenio de cooperación. El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) inició en 2007 la promoción de la toma de la prueba para la detección oportuna del cáncer de mama, cérvix y próstata, a través de la realización de mamografías, citologías y antígeno prostático específico. La atención de los pacientes

con cáncer se realiza a través del convenio con la red nacional de hospitales, principalmente con el Hospital Nacional Rosales. Además se brindan servicios de radio cirugía y radio terapia a través de proveedores privados, que la institución subcontrata. Entre los años 1994 y 1998 en El Batallón de Sanidad Militar se fundó el Servicio de oncología, el cual funcionó únicamente durante seis meses, principalmente debido a la falta de recursos. De 2002 al 2004 se crea la Unidad de oncología ambulatoria. En el año 2012, el Ministerio de Salud realizó con apoyo de la OPS/ OMS la formulación de una Estrategia y Plan de Acción para la prevención y atención del cáncer cérvico-uterino, el cual inició en el año 2014. Así mismo en 2012 inicia la organización de los servicios para la provisión de cuidados paliativos y manejo del dolor en seis hospitales nacionales.³

Base teórica. Generalidades.

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, como lo son: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes; carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida); carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

A través de su Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, la OMS mantiene una clasificación de los agentes cancerígenos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.

La mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y tratan a tiempo. Las actividades de detección temprana tienen dos componentes:

El diagnóstico temprano

El conocimiento de los síntomas y signos iniciales (en el caso de cánceres como los de la piel, mama, colon y recto, cuello uterino o boca) es fundamental para que se puedan diagnosticar y tratar precozmente. El diagnóstico temprano es especialmente importantes cuando no hay métodos de cribado eficaces o, como ocurre en muchos entornos con escasos recursos, o no se aplican intervenciones de cribado y tratamiento. En ausencia de intervenciones de detección temprana o de cribado y tratamiento, los pacientes son diagnosticados en estadios muy tardíos, cuando ya no son posibles los tratamientos curativos.

El cribado

El cribado tiene por objeto descubrir a los pacientes que presentan anomalías indicativas de un cáncer determinado o de una lesión precancerosa y así poder diagnosticarlos y tratarlos prontamente. Los programas de cribado son especialmente eficaces en relación con tipos de cáncer frecuentes para los cuales existe una prueba

de detección costo eficaz, asequible, aceptable y accesible a la mayoría de la población en riesgo.

Estos son algunos ejemplos:

La inspección visual con ácido acético para el cáncer cervicouterino en entornos con pocos recursos. Esta prueba consiste en la aplicación de ácido acético en el cérvix, posteriormente se evalúa y se determina el apareamiento de lesiones blancas las cuales traducen lesión.

Pruebas de detección de PVH en el caso del cáncer cervicouterino; el frotis de Papanicolaou para el cáncer cervicouterino en entornos con ingresos medios y altos y la mamografía para el cáncer de mama en entornos con ingresos altos.⁴

Incidencia. Números de casos, muertes y sobrevivientes.

En el mundo, en el 2012 (año más reciente del que se cuenta con información disponible):

14.1 millones de casos nuevos de cáncer fueron diagnosticados.

8.2 millones de personas murieron por cáncer.

32.6 millones de personas habían llegado a la marca de 5 años de supervivencia al cáncer (personas que estaban vivas cinco años después de haber recibido el diagnóstico de cáncer).

Se anticipa que para el año 2025 se diagnosticarán 19.3 millones de casos nuevos de cáncer al año.

En países de bajos y medianos ingresos en el 2012:

8 millones de casos nuevos de cáncer fueron diagnosticados (57% del total global).

5.3 millones de personas murieron por cáncer (65% del total global).

15.6 millones de personas habían llegado a la marca de 5 años de supervivencia al cáncer (48% del total global).

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100 000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

CANCER GINECOLÓGICO.

Cáncer de mama.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

La mama está formada por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos.

Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé.

Tipos de cáncer de mama

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas.

El quiste es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo. La fibrosis no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere de un tratamiento especial. Los quistes, si son grandes, pueden resultar dolorosos. La eliminación del líquido con una punción suele hacer desaparecer el dolor. La presencia de uno o más quistes no favorece la aparición de tumores malignos.

Los tumores benignos están relacionados en su mayoría con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero ni se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario.

De todos los casos de cáncer de mama, sólo el 7-10% de ellos presenta metástasis de inicio.

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

- El carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'premaligna' puede extirparse

fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

- El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.
- El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.
- El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.
- El carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.⁵

En resumen:

Definición	Factores de riesgo	Diagnóstico	Tipos
Tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias	Edad	Examen clínico y autoexamen	Carcinoma
	Mutaciones genéticas	Mamografía	Sarcoma
	Inicio temprano de la menstruación	USG	Tumor Filodes

	<p>Obesidad.</p> <p>Antecedentes familiares</p>	<p>Biopsia</p>	<p>Enfermedad de Paget</p> <p>Angiosarcoma</p>
--	---	----------------	--

Cáncer de ovario.

Los ovarios son dos y están en la pelvis, uno a cada lado del útero. Tienen la forma y tamaño de una almendra, y producen tanto óvulos como hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) que se encargan de dar forma y rasgos femeninos al cuerpo y de regular la menstruación y el embarazo entre otras cosas. El cáncer de ovario representa el 4% de los tumores que afectan a la mujer.

Tumores ováricos epiteliales

- Tumores ováricos epiteliales benignos

La mayoría de los tumores ováricos epiteliales son benignos, no se propagan y generalmente no conducen a enfermedades graves. Existen varios tipos de tumores epiteliales benignos, incluidos los cistoadenomas serosos, los cistoadenomas mucinosos y los tumores de Brenner.

- Tumores de bajo potencial maligno

Cuando se observan con el microscopio, algunos tumores ováricos epiteliales no se ven claramente como cancerosos. Éstos se denominan tumores de bajo potencial maligno (low malignant potential, LMP). También se les conoce como cáncer ovárico epitelial fronterizo. Estos tumores se diferencian de los cánceres ováricos típicos porque no crecen hacia el tejido de sostén del ovario (llamado estroma ovárico). Asimismo, si se propagan fuera del ovario, como por ejemplo, a la cavidad abdominal,

es posible que crezcan en el revestimiento del abdomen, pero a menudo no hacia el interior de éste.

Estos cánceres tienden a afectar a las mujeres más jóvenes en comparación con los cánceres ováricos típicos. Los tumores de bajo potencial maligno crecen lentamente y tienen menos probabilidades de causar la muerte que la mayoría de los cánceres de ovario. Aunque pueden causar la muerte, esto no es común que ocurra.

- Tumores ováricos epiteliales malignos

Los tumores epiteliales cancerosos reciben el nombre de carcinomas. Aproximadamente de 85 a 90% de los cánceres de ovario son carcinomas ováricos epiteliales. Cuando alguien dice que tuvo cáncer de ovario, por lo general significa que se trataba de este tipo de cáncer. Estas células del tumor presentan varias características (cuando se observan con un microscopio) que se pueden utilizar para clasificar a los carcinomas ováricos epiteliales en diferentes tipos. El tipo seroso es por mucho el más común, pero existen otros tipos como mucinosos, endometrioides y de células claras.

Si las células no lucen como cualquiera de estos cuatro subtipos, al tumor se le llama indiferenciado. Los carcinomas ováricos epiteliales indiferenciados tienden a crecer y propagarse más rápidamente que los otros tipos. Los carcinomas ováricos epiteliales son clasificados por estos subtipos, aunque también se les asigna un grado y una etapa.

El grado clasifica el tumor de acuerdo con su similitud con el tejido normal en una escala de 1, 2 o 3. Los carcinomas ováricos epiteliales de grado 1 se parecen más al tejido normal y tienden a tener un mejor pronóstico. Por otro lado, los carcinomas ováricos epiteliales de grado 3 se parecen menos al tejido normal y generalmente tienen un peor pronóstico. Los tumores de grado 2 lucen y actúan entre los de grado 1 y 3.

La etapa del tumor describe la extensión de la propagación del tumor desde donde se originó en el ovario. El cáncer epitelial de los ovarios suele propagarse primero al

revestimiento y a los órganos de la pelvis y el abdomen (barriga). Esto puede producir una acumulación de líquido en la cavidad abdominal (ascitis). A medida que la enfermedad avanza, se puede propagar a los pulmones y al hígado, o en pocas ocasiones, al cerebro, los huesos o la piel. La clasificación por etapas se explica en detalles más adelante.

Otros cánceres que son similares al cáncer epitelial de ovario

- Carcinoma peritoneal primario

El carcinoma peritoneal primario (primary peritoneal carcinoma, PPC) es un cáncer poco común estrechamente asociado al cáncer epitelial de ovario. En la cirugía, este carcinoma luce igual que el cáncer epitelial de ovario que se ha propagado a través del abdomen. En un microscopio, el carcinoma peritoneal primario también luce como el cáncer epitelial de ovario. Otros nombres para este cáncer incluyen carcinoma peritoneal primario extra ovárico (fuera del ovario) o carcinoma papilar en superficie serosa.

El PPC parece originarse de las células en el revestimiento de la pelvis y el abdomen. El revestimiento se llama peritoneo. Estas células son muy similares a las células que están en la superficie de los ovarios. Algunos expertos creen que el PPC puede originarse en las células que revisten las trompas de Falopio.

Al igual que el cáncer de ovario, el PPC tiende a propagarse por las superficies de la pelvis y el abdomen, por lo que a menudo es difícil saber dónde se originó exactamente el cáncer. Este tipo de cáncer puede ocurrir en mujeres que aún tienen sus ovarios, aunque es de mayor preocupación en mujeres cuyos ovarios se han extirpados para prevenir el cáncer de ovario. Este cáncer rara vez ocurre en hombres.

Los síntomas del PCC son similares a los del cáncer de ovario, incluyendo dolor abdominal o inflamación, náusea, vómitos, indigestión y un cambio en los hábitos de evacuación. Además, al igual que el cáncer ovárico, el PPC puede elevar el nivel sanguíneo de un marcador tumoral llamado CA-125.

Por lo general, las mujeres con PCC reciben el mismo tratamiento que las mujeres que tienen cáncer ovárico propagado ampliamente. Esto podría incluir cirugía para extirpar tanto cáncer como sea posible (un proceso llamado cirugía citorreductora y se discute en la sección sobre cirugía), seguida de quimioterapia como la que se administra para el cáncer ovárico. Su pronóstico es probablemente similar al del cáncer ovárico propagado ampliamente.

- Tumores ováricos de células germinales

Las células germinales usualmente forman los óvulos en las mujeres y los espermatozoides en los hombres. La mayoría de los tumores ováricos de células germinales son benignos, aunque algunos son cancerosos y pueden poner en riesgo la vida. Menos del 2% de los cánceres de ovario son de origen de células germinales. En general, tienen un buen pronóstico, con más de nueve de cada 10 pacientes sobreviviendo al menos 5 años después del diagnóstico. Existen varios subtipos de tumores de células germinales. Los tumores de células germinales más comunes son teratomas, disgerminomas, tumores del seno endodérmico y coriocarcinomas. Los tumores de células germinales también pueden ser una mezcla de más de un solo subtipo.

- Teratoma

Los teratomas son tumores de células germinales con áreas que, al observarse en un microscopio, se asemejan a cada una de las tres capas de un embrión en desarrollo: el endodermo (la capa más profunda), el mesodermo (la capa intermedia) y el ectodermo (la capa exterior). Este tumor de células germinales tiene una forma benigna llamada teratoma maduro y una forma cancerosa llamada teratoma inmaduro.

El teratoma maduro es, por mucho, el tumor ovárico de células germinales más frecuente. Es un tumor benigno que por lo general afecta a mujeres en edad de procreación (desde jóvenes adolescentes hasta los 49 años). A menudo se denomina quiste dermoide debido a que su revestimiento se compone de tejido similar a la piel (dermis). Estos tumores o quistes contienen diversas clases de tejidos benignos

incluyendo los huesos, el pelo y los dientes. El tratamiento para curar a la paciente consiste en extirpar quirúrgica el quiste, aunque en ocasiones se origina posteriormente un nuevo quiste en el otro ovario.

Los teratomas inmaduros son un tipo de cáncer. Se presentan en niñas y mujeres jóvenes, por lo general menores de 18 años. Estos tumores cancerosos son poco frecuentes y contienen células que se asemejan a tejidos embrionarios o fetales, tales como el tejido conectivo, las vías respiratorias y el cerebro. Cuando no se han extendido más allá del ovario y son relativamente más maduros (teratoma inmaduro de grado 1), se tratan mediante la extirpación quirúrgica del ovario. Por otro lado, cuando se han extendido más allá del ovario y/o una gran parte del tumor tiene un aspecto muy inmaduro (teratomas inmaduros de grado 2 o 3), se recomienda quimioterapia, además de cirugía.

- Disgerminoma

Este tipo de cáncer es poco común, pero es el cáncer ovárico de células germinales más común. Por lo general afecta a mujeres adolescentes o de entre 20 y 29 años de edad. Los disgerminomas se consideran malignos (cancerosos), pero la mayoría no crece ni se extienden con mucha rapidez. Cuando están circunscritos al ovario, más del 75% de las pacientes se curan mediante la extirpación quirúrgica del ovario, sin ningún otro tratamiento. Incluso si el tumor se ha extendido más allá del ovario (o si regresa luego), la cirugía, la radiación y/o la quimioterapia resultan eficaces en controlar o curar la enfermedad en aproximadamente el 90% de las pacientes.

- Tumor del seno endodérmico (tumor del saco vitelino) y coriocarcinoma

Normalmente, estos tumores poco frecuentes afectan a niñas y a mujeres jóvenes. Suelen crecer y extenderse con rapidez, pero, por lo general, son muy sensibles a la quimioterapia. Los coriocarcinomas que se originan en la placenta (durante el embarazo), son más comunes que la clase que comienza en el ovario. Los coriocarcinomas placentarios suelen tener una mejor respuesta a la quimioterapia que los coriocarcinomas ováricos.

- Tumores ováricos estromales

Aproximadamente del 1% de los cánceres de ovario son tumores de células estromales. Más de la mitad de los tumores estromales se presentan en mujeres mayores de 50 años, pero alrededor del 5% de los tumores estromales ocurren en las niñas.

El síntoma más común de estos tumores es el sangrado vaginal anormal. Esto ocurre porque muchos de estos tumores producen hormonas femeninas (estrógeno). Estas hormonas pueden causar sangrado vaginal (como un periodo) que comienza de nuevo después de la menopausia. También pueden causar periodos menstruales y desarrollo de los senos en las niñas antes de la pubertad.

Con menos frecuencia, los tumores estromales producen hormonas masculinas (como la testosterona). Si se producen hormonas masculinas, los tumores pueden causar que se detengan los periodos menstruales. También pueden causar crecimiento del vello facial y del cuerpo. Si el tumor estromal comienza a sangrar, esto puede causar dolor abdominal repentino e intenso.

Entre los tumores estromales malignos (cancerosos) se encuentran los tumores de células granulosas (el tipo más común), los tumores de teca-granulosa y los tumores de células de Sertoli-Leydig, los cuales, por lo general, se consideran cánceres de bajo grado. Los tecomas y los fibromas son tumores estromales benignos. A menudo, los tumores estromales cancerosos se encuentran en etapa temprana y tienen un buen pronóstico (más del 75% de las pacientes sobreviven por mucho tiempo).

- Quistes ováricos

Un quiste ovárico es una acumulación de líquido dentro de un ovario. La mayoría de los quistes ováricos ocurren como una parte normal del proceso de ovulación (liberación de óvulos). Éstos son llamados quistes funcionales. Estos quistes usualmente desaparecen dentro de varios meses sin ningún tratamiento. Si usted presenta un quiste, puede que su médico quiera examinarlo nuevamente después de su próximo ciclo (periodo) para ver si se redujo el tamaño del quiste.

Un quiste ovárico puede causar más preocupación en una mujer que no está ovulando (como una mujer después de la menopausia o una niña que no ha comenzado sus periodos), y puede que el médico quiera hacer más pruebas. El médico también puede ordenar otras pruebas si el quiste es grande o si no desaparece en algunos meses. Aun cuando la mayoría de estos quistes son benignos (no cancerosos), un pequeño número de éstos podrían ser cancerosos. Algunas veces, la única forma de saber con certeza si el quiste es canceroso es extirpándolo mediante cirugía. Los quistes que parecen ser benignos (según la apariencia de éstos en los estudios por imágenes) se pueden observar (con exámenes físicos y estudios por imágenes repetidos), o extirpar mediante cirugía.

Cáncer en trompas de Falopio

Este es otro cáncer poco común que es similar al cáncer epitelial de ovario que comienza en el conducto que lleva un óvulo del ovario al útero (trompa de Falopio). Al igual que el PPC, el cáncer en trompas de Falopio y ovario tiene síntomas similares. El tratamiento para el cáncer en trompas de Falopio es muy similar al del cáncer ovárico, aunque el pronóstico es ligeramente mejor.

En resumen:

Definición	Factores de riesgo	Diagnostico.	Tipos
El cáncer de ovario es un grupo de enfermedades que se originan en los ovarios o en las áreas vinculadas de las trompas de Falopio y el peritoneo.	Edad	Examen clínico pélvico	Tumores epiteliales
	Obesidad.	USG	Tumores germinales
	Antecedentes familiares	Ca 125	Carcinoma de células claras.
		Biopsia	

Cáncer de cérvix.

El cuello del útero, también llamado cérvix, une la vagina con la cavidad del útero que está recubierto por el endometrio. El cáncer de cérvix también es conocido como carcinoma escamoso ya que las células que recubren su superficie son planas y muy delgadas, como si fuesen escamas.

Los científicos creen que no todas las células anormales que aparecen en el cérvix son cancerígenas, aunque sí es recomendable llevar a cabo chequeos regulares, porque éste puede ser el primer paso hacia el cáncer. A veces se trata de lesiones intraepiteliales formadas por tejido anormal que aparece sólo en la superficie del cérvix. Suelen aparecer sobre todo en mujeres de 25 a 35 años y a veces desaparecen de forma espontánea. Los casos más graves se desarrollan en mujeres de 30 a 40 años y puede tardar meses, e incluso años en provocar el cáncer. Si van más allá de la superficie y crecen hacia la profundidad del cérvix se llaman lesiones invasivas y suelen aparecer a partir de los 40.

El útero es la cavidad en la que se desarrolla el feto. Está compuesto por dos capas de tejidos diferentes: la interior, muy fina, que se llama endometrio y otra más externa, formada por músculo y llamada miometrio. La mayoría de los tumores del útero surgen tras la menopausia.

Se pueden dar principalmente tres casos de alteraciones benignas que, en caso de que no desaparezcan de forma natural, se pueden solucionar con cirugía. Los fibromas son grupos de células que crecen en el músculo del útero y nunca derivan en cáncer. Otro tipo de patología de este tipo es la endometriosis. Se da sobre todo en mujeres de 30 a 40 años que nunca han estado embarazadas y consiste en el crecimiento de tejido endometrial fuera del útero o cerca de otros órganos. Por último, la hiperplasia es un incremento del número de células en la superficie del útero que se suele tratar con hormonas o mediante cirugía.

En resumen:

Definición	Factores de riesgo	Diagnostico.	Tipos
El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino	Edad	Examen clínico pélvico	Carcinoma de células escamosas
	VPH	Tipificación del HPV	Adenocarcinoma
	Deficiencia del sistema inmune.	Colposcopia	Carcinoma de células claras.
	Tabaquismo. ACO Promiscuidad.	Biopsia	

METASTASIS. CLASIFICACION FIGO. CANCER GINECOLOGICO.

Las metástasis más comunes del cáncer de útero se producen en los ganglios linfáticos y en otros órganos como los pulmones, el hígado y los huesos

Tipos: ovario, útero y cérvix

Es un sistema para clasificar la gravedad del cáncer que incluye datos sobre su tamaño, su extensión a otros órganos o el tipo de células que lo forman. Se usan como criterios de extensión los de la FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras). Para este procedimiento es necesario realizar un examen físico, exploraciones radiológicas y estudios de biopsias.

Ovario

Los diferentes estadios en los que se puede encontrar un cáncer de ovario son:

- Estadio I: el tumor sólo afecta a uno o los dos ovarios.
- Estadio II: el cáncer no se limita a los ovarios, pero sigue estando dentro de una zona limitada por la pelvis (útero, vejiga o recto).
- Estadio III: el cáncer se ha extendido al peritoneo (revestimiento del abdomen) y/o a los gánglios linfáticos.

- Estadio IV: metástasis a distancia, es decir, en otros órganos del cuerpo.

Útero

En el cáncer de útero se pueden distinguir las siguientes fases:

- Estadio I: Cáncer de útero que permanece sólo en el cuerpo central de este, es decir, que no se ha extendido al cuello.
- Estadio II: el tumor invade el cérvix.
- Estadio III: El cáncer se localiza en zonas fuera del útero, pero dentro de la zona de la pelvis (aunque no en la vejiga o el recto). Por ejemplo en los ganglios linfáticos.
- Estadio IV: La vejiga y el recto se ven afectados. Este estadio también abarca las metástasis en otras zonas del cuerpo.

Cuello del útero (cérvix)

- Estadio I A: tumor microscópico limitado al útero.
- Estadio I B: El tumor se puede ver a simple vista y se limita al útero.
- Estadio II: El cáncer se extiende más allá del útero pero no llega a la pared pélvica. Este estadio también abarca aquellos tumores que ocupan menos de un tercio de la vagina.
- Estadio III: Aquí se encuentran los tumores que han invadido la pared pélvica y/o menos de un tercio de la vagina y aquellos que han causado un fallo en el riñón.
- Estadio IV A: El cáncer llega a la vejiga o el recto o se extiende más allá de la pelvis.
- Estadio IV B: Metástasis a distancia, en otros lugares del cuerpo.⁶

CAPITULO III

3.1 Operacionalización de variables.

Variabes	Definición conceptual	dimensiones	indicadores	Escala	instrumento
Diagnóstico	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o	Anamnesis	Signos y síntomas que el paciente refiere.	nominal	Expediente
		Examen físico	Signos Vitales Examen Pélvico	nominal	Expediente

	cualquier estado patológico o de salud (el "estado de salud").	Exámenes de laboratorio y gabinete	Biopsias, citología, ultrasonografía, mamografía	nominal	Expediente
--	--	------------------------------------	--	---------	------------

CAPITULO IV.

Diseño Metodológico de la Investigación.

El tipo de estudio del presente trabajo es descriptivo retrospectivo, cuantitativo y analítico, porque se analizara información de hace cinco años, se cuantificara el número de pacientes con diagnóstico de algún tipo de cáncer ginecológico y se analizara la información por medio de tablas y gráficos.

4.1 Universo

Se analizara el 100% de pacientes a las que se les haya realizado un diagnóstico de cáncer ginecológico. Según la base de datos SIMMOV.

4.2 Muestra

Pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico verificado al estudiarlo sin rango de error según diagnóstico y muestra de histopatología. Que se extrajo de la base de datos de SIMMOV.

4.3 Técnica de recolección de datos:

El análisis es a través de la bases de datos estadísticos que tiene el hospital san juan de Dios de Santa Ana con estudio en cáncer ginecológico, utilizando el siguiente procedimiento:

Fichas 1.

Estudio en cáncer de mama

Expediente	edad	Método diagnostico	Mama afectada	Diagnostico por biopsia	BIRADS	Referencias	Se realizó	Estado clínico	Años de diagnostico

							cirugía		
							Si o		
							No.		
1									

Ficha 2.

Estudio de cáncer de cérvix.

expediente	edad	Diagnostico ingreso	Diagnostico por biopsia	Tipo de cono	histerectomía	referencias
1						

Ficha 3

Estudio de cáncer de ovario.

expediente	edad	Diagnostico al ingreso	Diagnostico por biopsia	Estudio de laboratorio ca125, alfafetoproteina, BHCG	Cirugia	referencia

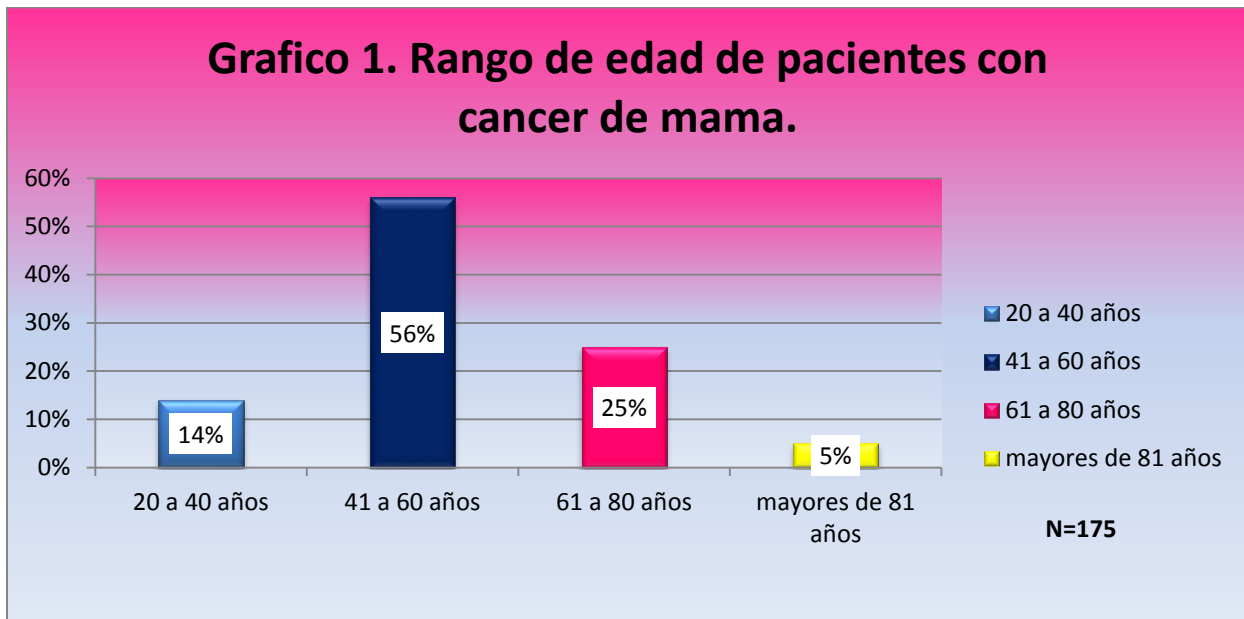
4.4 Consideraciones éticas.

En el presente trabajo no se utilizará el método científico experimental, ya que será realizado únicamente con bases estadísticas. Se cuidará éticamente la identidad de pacientes consultados.

CAPITULO V

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

1. Cáncer de Mama.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

En este grafico se puede evidenciar que el rango de edad en donde se presenta con más frecuencia el cáncer de mama es entre los 41 a 60 años.

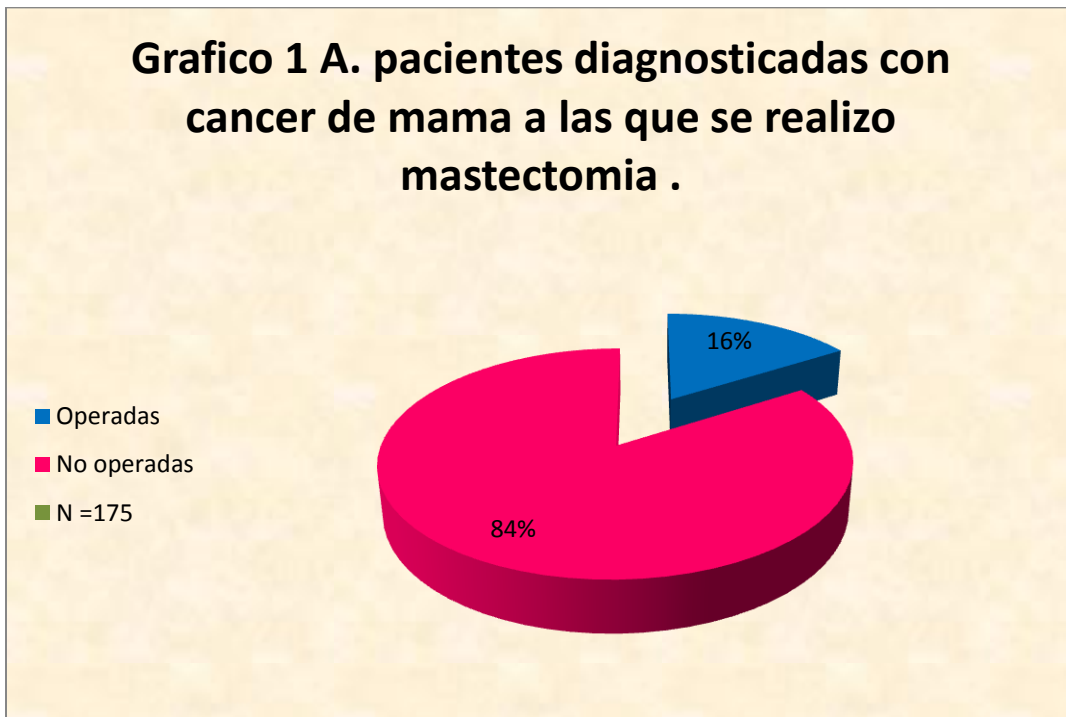
La mayor cantidad de pacientes diagnosticadas se encuentran entre las edades 41 a 80 años con un total de 81%.

La paciente con menor edad diagnosticada con cáncer de mama fue una paciente de 25 años

Paciente con mayor edad de padecer cáncer fue una paciente de 107 años.

También se encuentra documentado un caso de paciente con retraso mental más embarazada, con cáncer de mama.

Cáncer de Mama.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

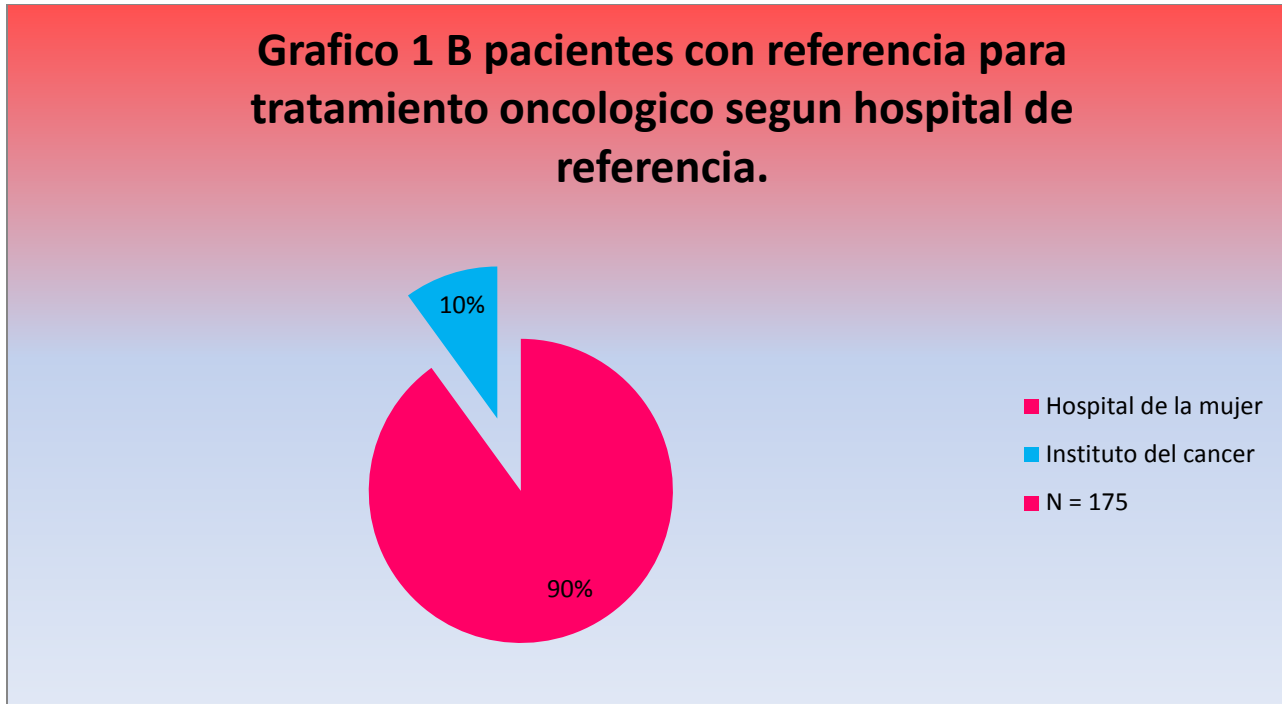
El 16% fue operada en este nosocomio y luego referida para continuar tratamiento en hospital de la mujer e instituto del cáncer ya que el hospital no cuenta con tratamiento oncológico en quimioterapia ni radioterapia para su adecuado tratamiento.

El 84% fue referida a hospital de la mujer e instituto del cáncer sin ser operada esto denota la gran necesidad que tenemos de equipo humano y físico en oncología, y la gran demanda que hay en oncología y el poco recurso con el que se cuenta por lo que se refiere sin iniciar tratamiento ya sea por estadios clínicos avanzados o por la gran demanda en este nosocomio.

Cáncer de Mama

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

En el presente grafico se evidencia que el 100% pacientes con cáncer de mama que

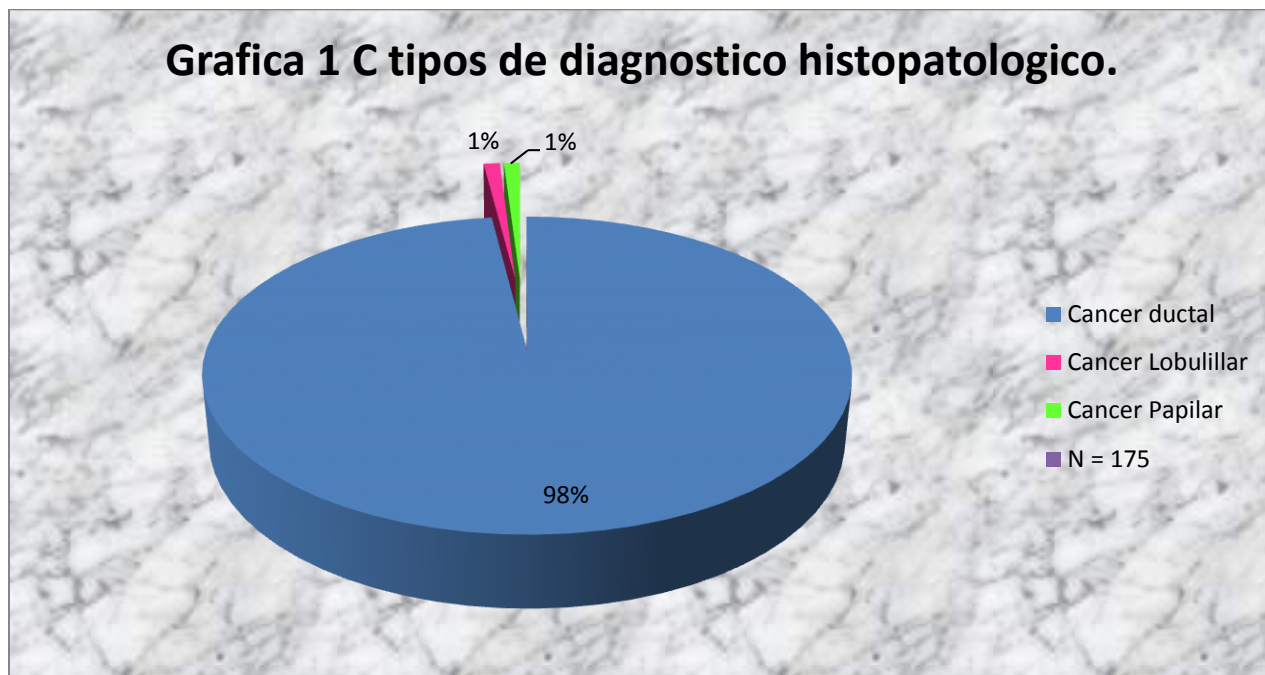


fue referida para tratamiento oncológico ya que en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana no se cuenta con área de oncología.

De los cuales el 90% de las cuales fueron 158 pacientes al Hospital de la Mujer.

10% que es igual a 17 pacientes a instituto del cáncer.

Cáncer de Mama



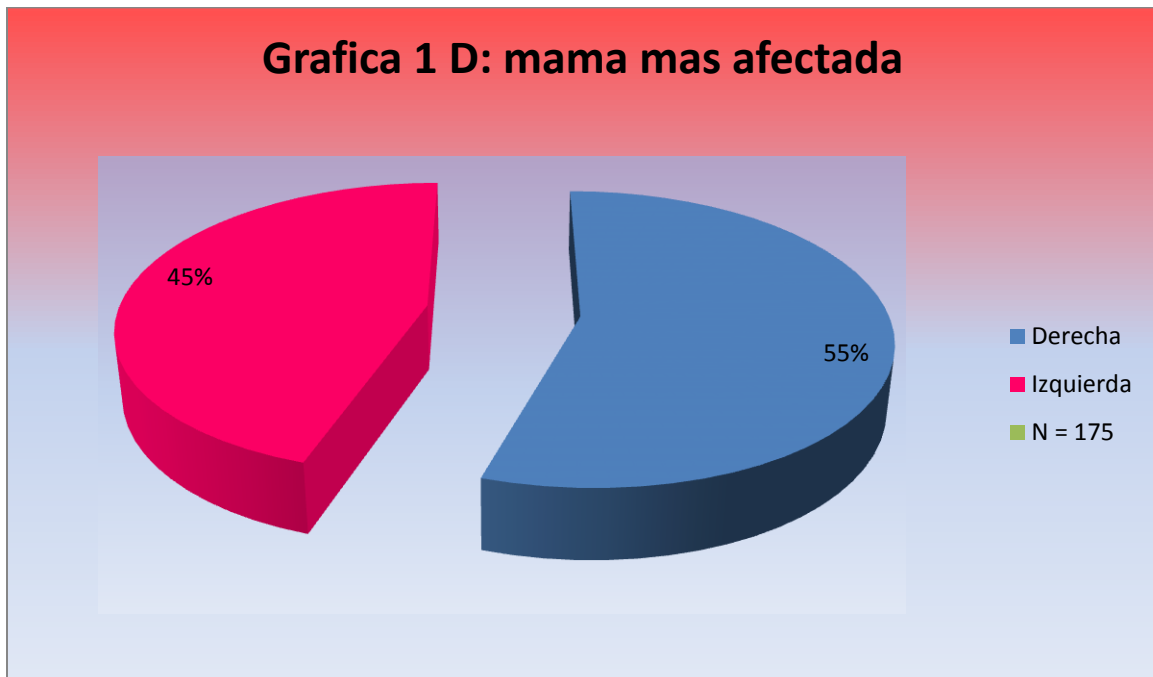
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

El presente grafico refleja que el tipo de cáncer de mama más frecuente es el carcinoma ductal diagnosticado según reporte histopatológico en cuadros con un 98% en hospital San Juan de Dios de Santa Ana,

Siendo el menos frecuente el carcinoma lobulillar y papilar con un 2% según reporte histopatológico.

Según el estudio de cuadros ya que no hay reportes en patologías ordenados solo se encontraron estos tres tipos de cáncer de mama en el presente estudio según reporte en cuadros.

Cáncer de Mama

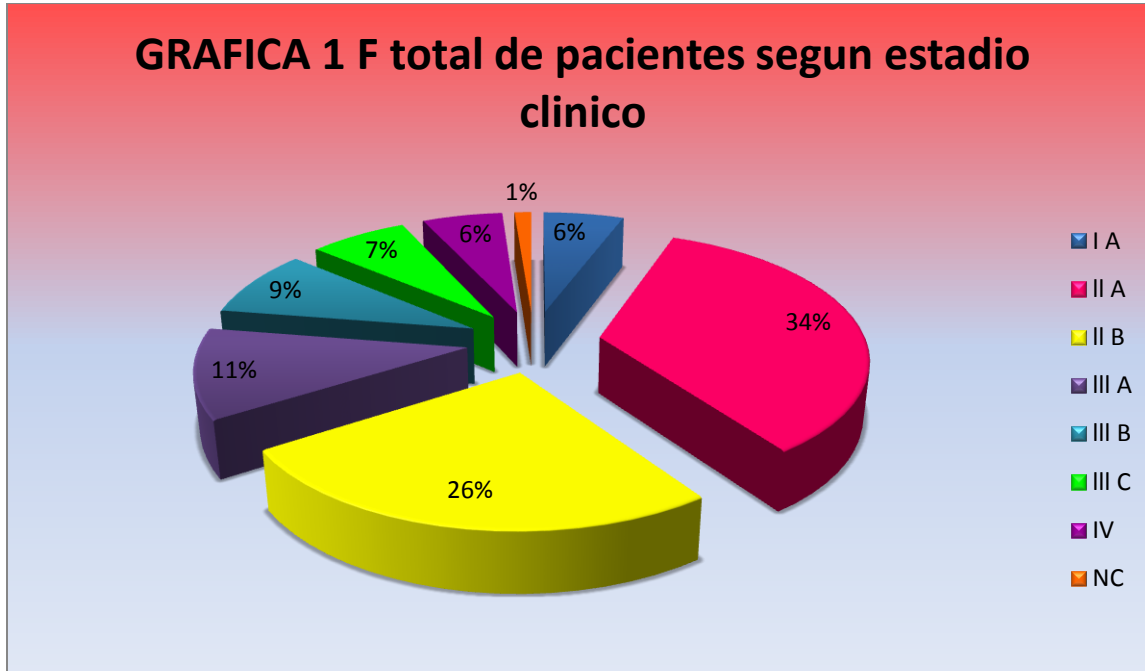


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

Se puede evidenciar en el grafico que la mama más afectada por algún tipo de cáncer en los 100% pacientes estudiadas es la derecha representando un 55% del total de pacientes.

Dato comparativo a nivel de literatura y confirmativo que la mama más afectada es la de lado derecho tanto a nivel internacional en estudio de la gaceta mexicana de oncología en el año 2013 en su tema Linfoma no Hodgkin primario de mama. Habiendo una variante en el estudio Caracterización imaginológica y citológica en la neoplasia de mama realizado en cuba del 2005 que refieren que la mama más afectada en 51,7 en 60 pacientes estudiadas fue la izquierda. Ya que nuestro estudio identifica una cantidad casi tres veces mayor logramos que este sea más representativo de la muestra en la población. Pero de igual forma como lo representa en estos estudios la cantidad una de la otra no es un valor representativo que las diferencia al estudiarse cualquier mama pudiera estar afectada.

Cáncer de Mama

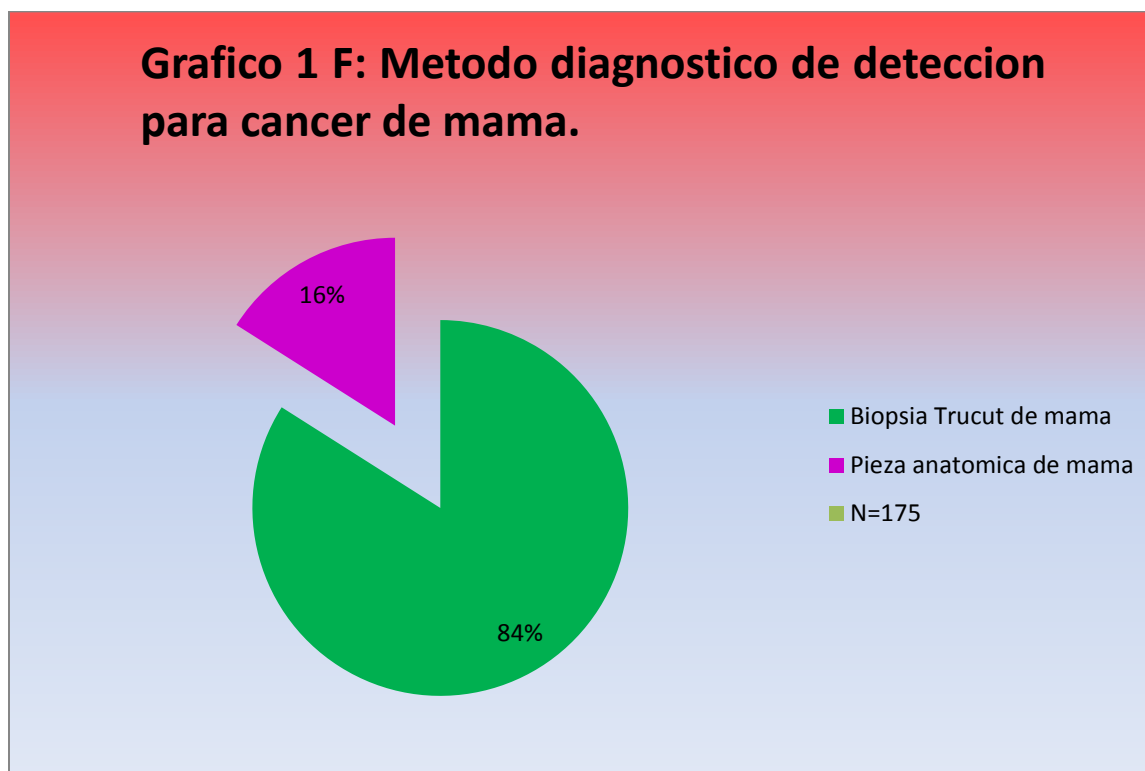


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadios tempranos se cuenta con el mayor porcentaje de curación con tratamiento oncológico según literatura, y el estudio muestra que nuestras pacientes son diagnosticadas en estadios tempranos con mayor índice de curación. Con la salvedad de que todas son referidas a otros centros asistenciales donde se cuenta con tratamiento oncológico y que solo un 16% reciben tratamiento quirúrgico y las demás son referidas según datos de la grafica1 A.

Cáncer de mama

Grafico 1 F: Metodo diagnostico de deteccion para cancer de mama.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

Del total de pacientes estudiadas que presentaron algún tipo de cáncer de mama su Diagnóstico fue dado de a través de biopsia trucut y pieza anatómica de mama:

El 84% fue diagnosticado por biopsia trucut.

Del 16% restante:

5 pacientes con diagnóstico de pieza anatómica retirada por cirugía general.

5 pacientes por pieza anatómica por medico particular.

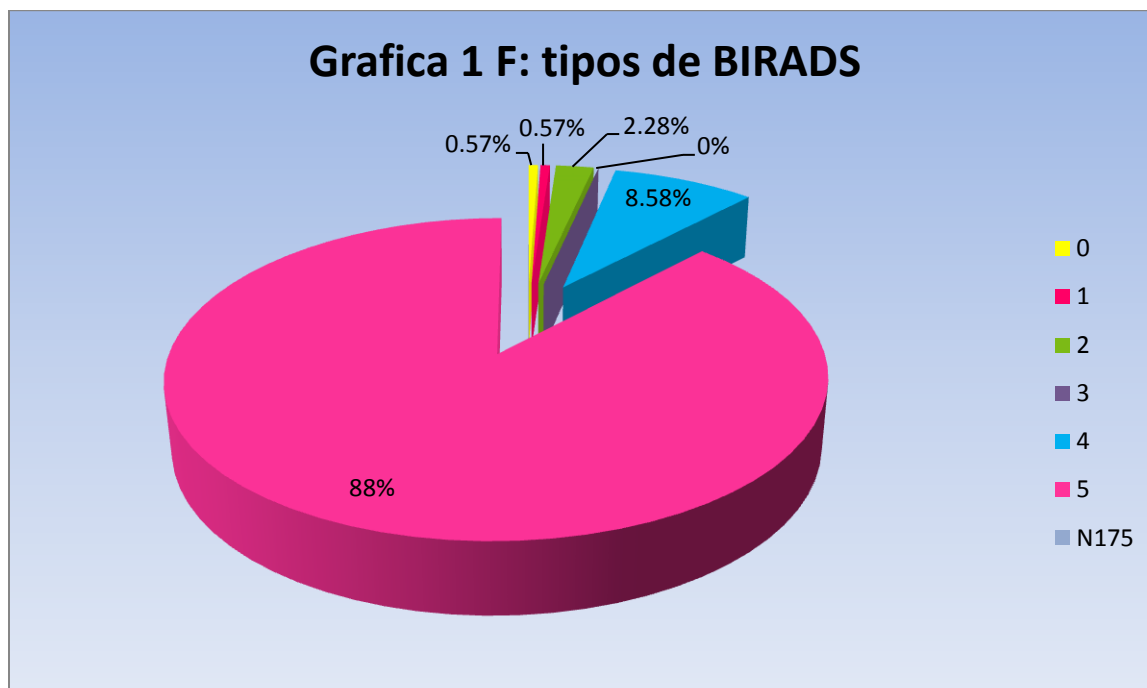
2 pacientes que fueron diagnosticadas por pieza anatómica por hospital de Ahuachapán.

1 paciente por pieza anatómica por ginecólogo de este nosocomio.

Haciendo un total de 13 pacientes con pieza anatómica de estas vistas por Mastólogo posterior a procedimiento.

Y haciendo un total de 162 pacientes vistas y diagnosticadas por biopsia trucut de las cuales fueron vistas y diagnosticadas por medico con especialidad en mama.

Cáncer de Mama



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

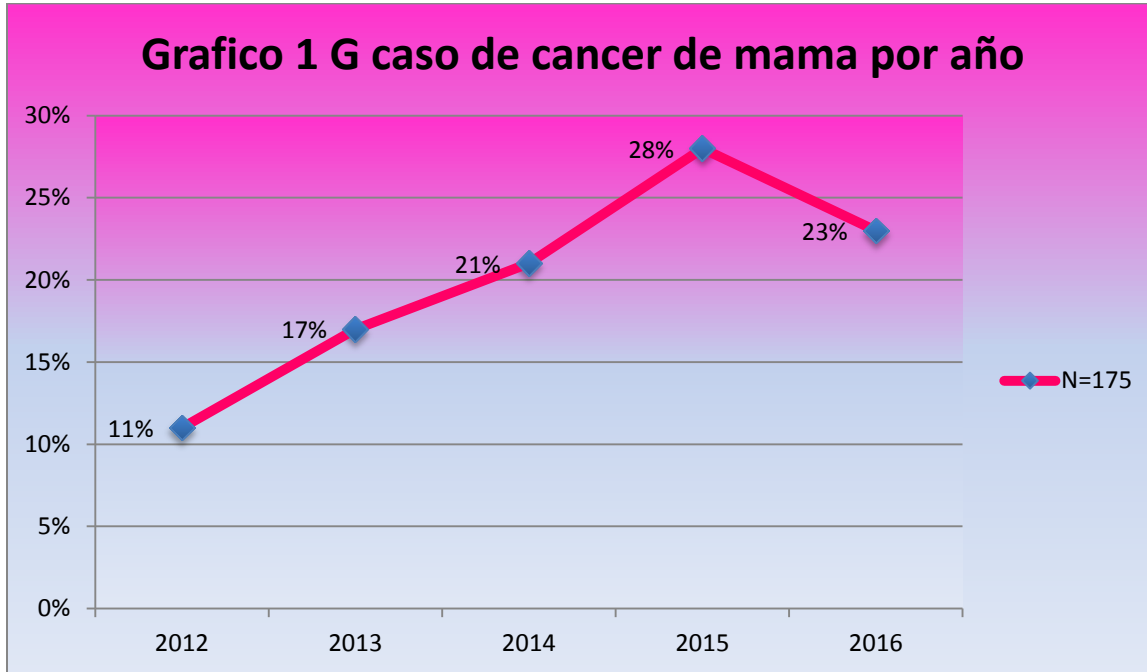
El presente grafico evidencia que el tipo de BIRADS que presentaron las pacientes que fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer de mama fue en un 88% BIRADS 5.

Ninguna paciente presento BIRADS 2

BIRADS 0 y 1 ambas con el 0.57%.

Con esto se demuestra que el cáncer de mama puede estar presente en cualquier BIRADS, que en sus implicaciones pronosticas puede fallar al momento de identificar y que un BIRADS 0 puede ser un tumor con malignidad con probabilidad de un 0.57%, de allí la necesidad de estudios periódicos en cáncer de mama y además que estos al tener sospecha de malignidad sean estudiados y debidamente tratados según las consideraciones y que estas se cumplan, allí la importancia del autoestudio y la regularidad con la que este se realice ya que este puede salvar vidas.

Cáncer de mama

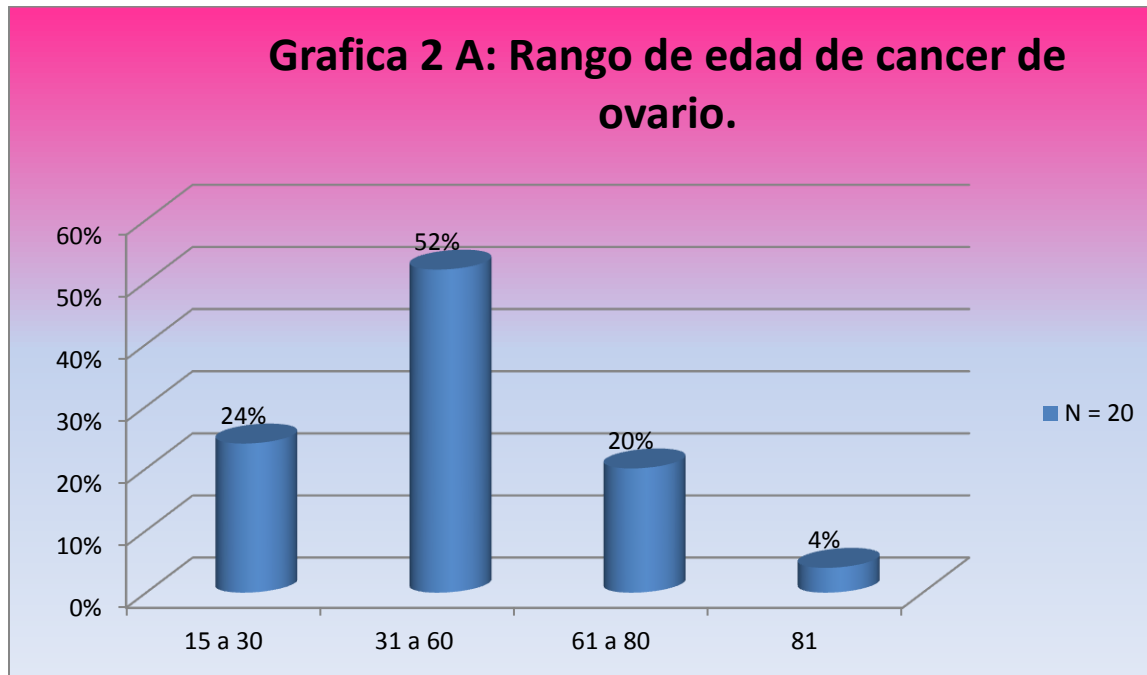


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

El año con mayor diagnóstico de cáncer de mama fue en el año 2015 con un 28% de un total de 175 pacientes de las cuales 50 este año tuvieron diagnóstico de cáncer de mama.

Esto denota la importancia que se da al momento de la promoción en salud y los esfuerzos que se realicen para su diagnóstico y tratamiento. Ya que al ofertar y al realizar estudio, los diagnósticos pueden ser tempranos y las referencias sean oportunas para un adecuado tratamiento oncológico, en patologías primarias.

2. Cáncer de Ovario



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

El estudio en cáncer de ovario con una muestra poblacional equivalente a 20 pacientes estudiadas dándonos como resultado:

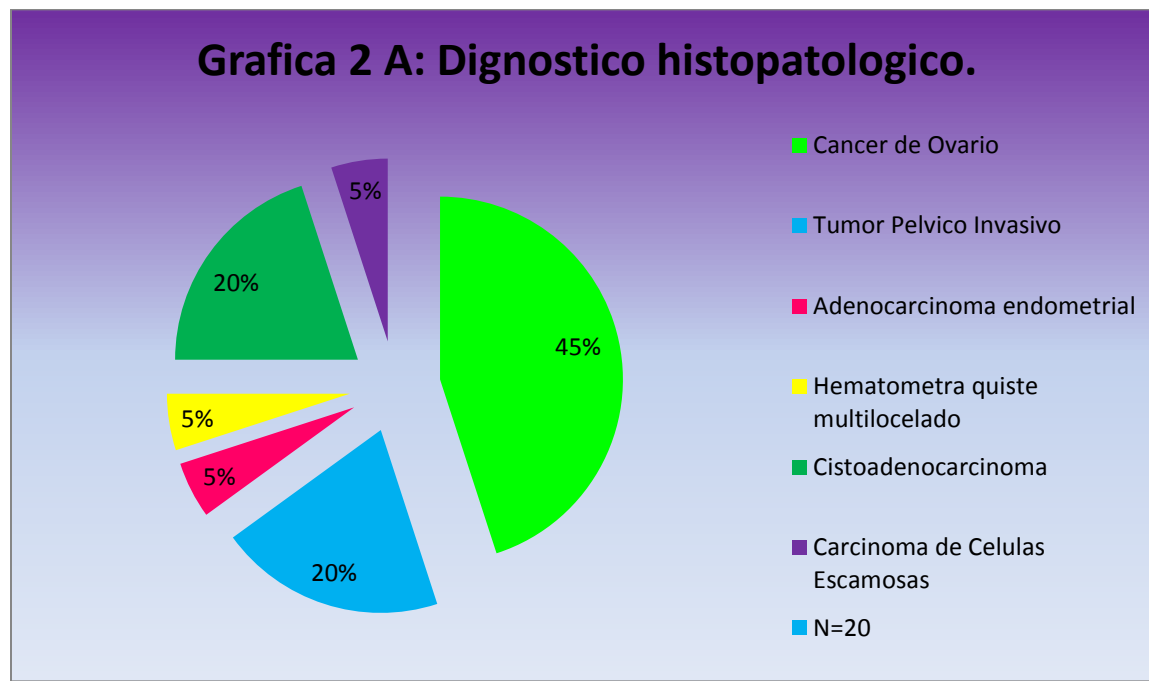
El rango de edad más frecuente en la que se presentó cáncer de ovario en las pacientes estudiadas fue de 31 a 60 años siendo este de 52%.

La paciente más joven con cáncer de ovario fue una paciente de 15 años.

Siendo la de mayor edad una paciente de 81 años la que se encontró con cáncer de ovario.

Analizando la posibilidad que el diagnóstico de cáncer de ovario se puede dar en cualquier edad ya que pudimos evidenciar que este se dio en ambos límites de la vida y que mujeres tanto jóvenes adultas como adultas fueron diagnosticadas.

Cáncer de Ovario.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

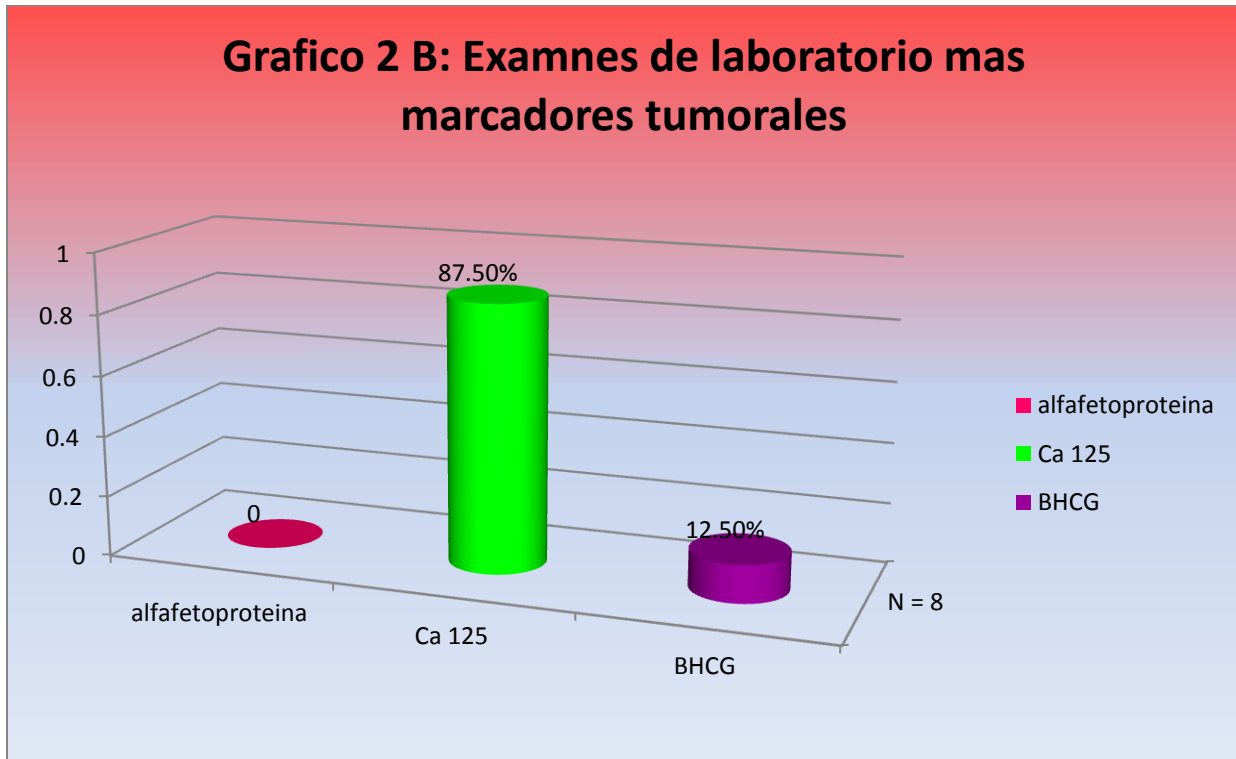
Del total de pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario fueron 20 de estas en porcentaje estuvieron:

Plasmado como cáncer de ovario en cuadro sin estudio histopatológico este con estudio de imágenes clínico, referidos a hospitales de oncología con un 45%.

Con el 20 % escriben tumores pélvicos invasivos, con resultados desfavorables en cirugía general que fallecieron sin estudio histopatológico.

Y el 35% denota el porcentaje con diagnostico histopatológico de los cuales de igual forma fueron referidos a otro centro asistencial con especialidad en oncología.

Cáncer de Ovario



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

Al realizar estudio de laboratorio tales como Alfafetoproteina, más Ca de 125, y BHCG.

Cabe mencionar que solo 8 pacientes se les mando estudio de laboratorio de 20 pacientes en estudio.

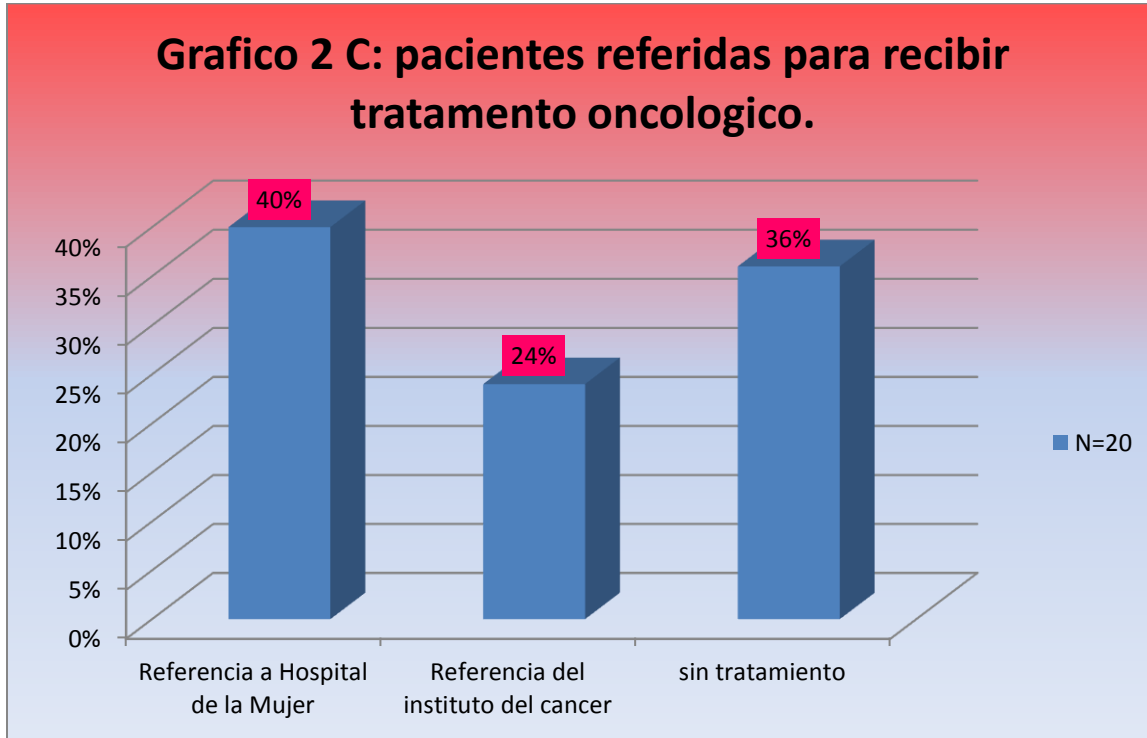
Con un porcentaje de cáncer de ovario en Ca de 125 un 87%.

Y se les realizo de 12.50% en BHCG.

Y no hubo durante 5 años estudio de laboratorio Alfafetoproteina.

Por lo que nos enfrentamos a las escasas herramientas que se utilizan para diagnostico por laboratorio en cáncer de ovario. De las cuales si están indicadas en cuadro pero no había reactivos para realizar dentro del hospital y las que fueron realizadas son aquellas que pasan a trabajo social y deben pasar a gastos de paciente por eso en su gran mayoría no se realizan por los escasos recursos de paciente por lo que se deja de lado estudio de laboratorio.

Cáncer de Ovario.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

En el presente grafico se evidencia que el 64% de las pacientes diagnosticadas con algún tipo de cáncer de ovario fue referido a otro centro hospitalario.

El 36% de la población no regreso a su consulta y quedo sin tratamiento o fueron pacientes operada en cirugía general que no tienen diagnostico especifico como tal a cáncer de ovario manejada como cáncer pélvico invasivo sin diagnostico histopatológico que se evidencia en la gráfica 2 A.

Entre los hospitales el 40% fue referido a hospital de la mujer.

Instituto del cáncer 24%

Por lo que se evidencia que al momento no hay un seguimiento adecuado en el tratamiento por cáncer de ovario. Dándose la posibilidad de que el tratamiento no se puede brindar ya que no contamos con tratamiento oncológico ni formas como identificar estadios puesto que no hay personal capacitado para tal fin.

3. Lesiones premalignas y Malignas de Cérvix.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

El rango de edad más frecuente en pacientes diagnosticados con lesiones premalignas y malignas de cérvix fue de 18 a 40 años con un 46%.

La paciente más joven diagnosticada con lesión premalignas de cérvix fue una paciente de 18 años.

La paciente con mayor edad fue una paciente de 78 años

El estudio tomo un total de 55 pacientes con estudio de cáncer de cérvix.

Lesiones premalignas y Malignas de Cérvix.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

Las lesiones identificadas como sospechosas a malignidad son estudiadas de forma histopatologica, por lo que se manda a estudio al tomar muestra a través de un cono loop, cono tradicional o histerectomía. Que posteriormente nos dará un reporte de patología que identifica estado clínico de la paciente.

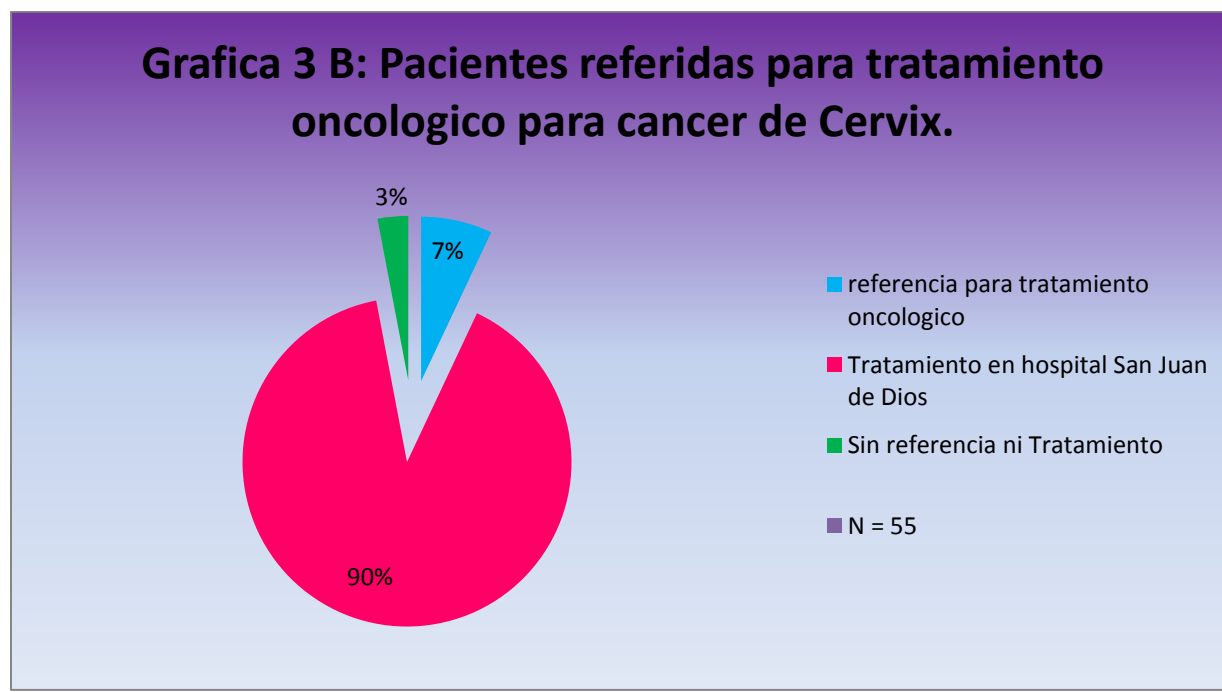
El presente grafico evidencia que el 86% de la población recibió tratamiento por cono LOOP.

El 9% se estudió recibió tratamiento por cono tradicional.

El 5% se realizó tratamiento a través de una histerectomía.

Tomando en cuenta que estos procedimientos en su mayoría pueden ser diagnósticos como también tratamiento.

Lesiones premalignas y Malignas de Cérvix.



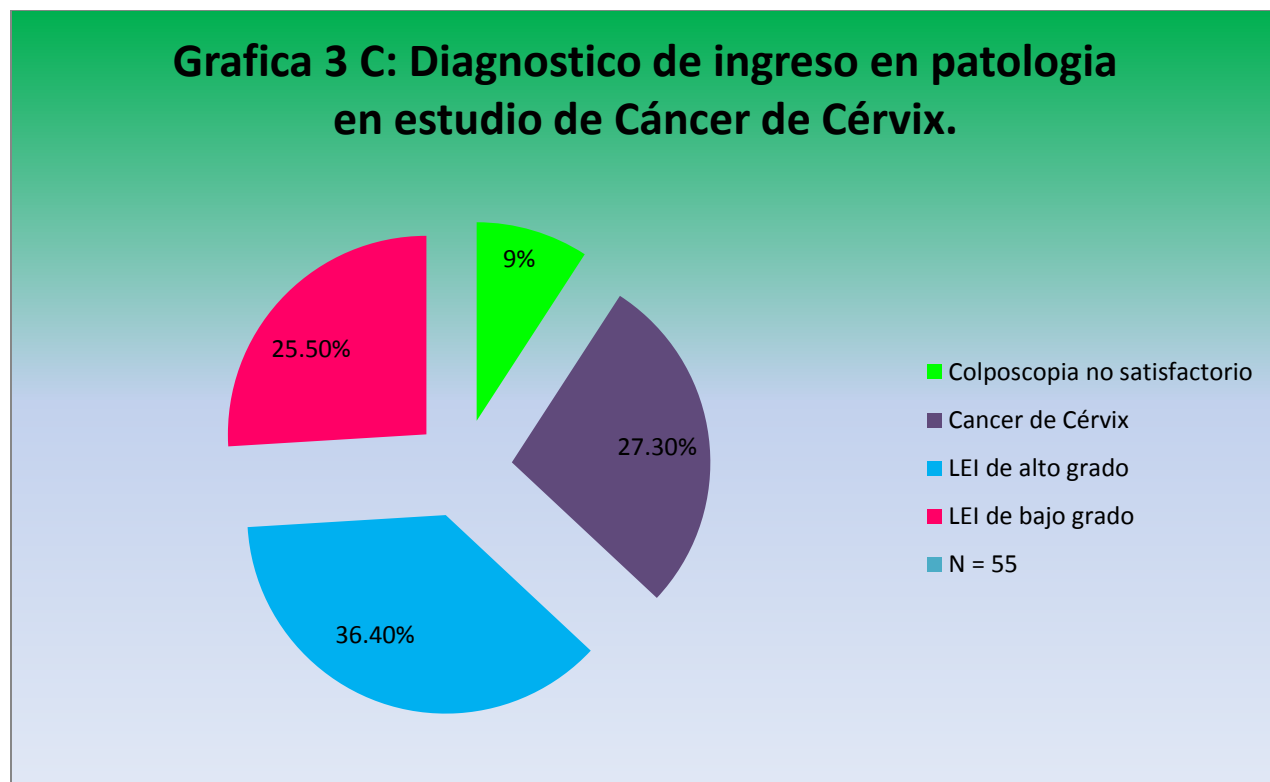
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

Como ya antes se mencionó que el tratamiento quirúrgico que se brinda en este nosocomio puede ser diagnóstico como curativo. Por ende la pequeña cantidad equivale a aquellas patologías no tratadas puesto que necesitan especialidad en oncología por su carácter invasivo las que son referidas en un 7%

El 89.65% de los expedientes de estos no fueron referidos ya que recibieron tratamiento en este nosocomio algunos solo fueron parte de cervicitis crónica, otras pacientes sanas y otras curadas y otras abandonan el tratamiento

3% no tienen seguimiento son aquellas pacientes renuentes que consultan por primera vez y no continúan su tratamiento por lo que se pierde el control de este

Lesiones premalignas y Malignas de Cérvix.

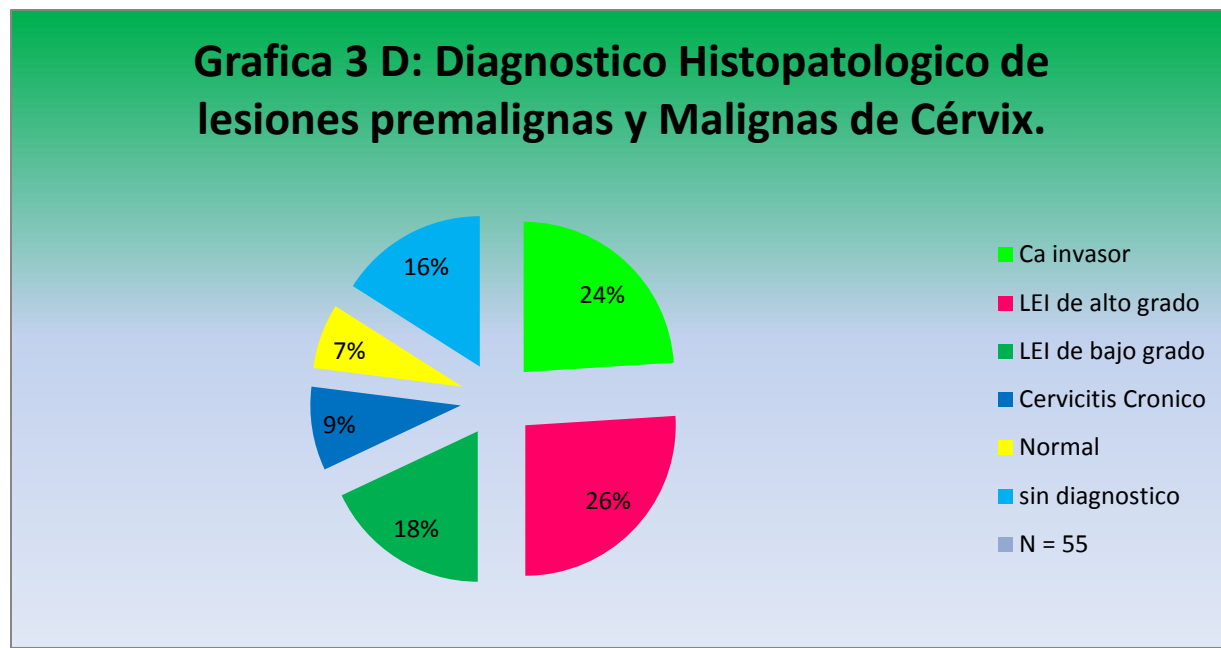


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

Al ingreso pudimos observar diagnósticos de ingreso que se presentaron como Lesiones intraepitelia de alto grado en su gran mayoría, con el 36.4%.

Ninguna paciente con datos sospechosos a carcinoma invasor, por lo que denota la gran necesidad en diagnostico histopatológico que nos servirá para dirigir adecuado manejo en la patología.

Lesiones premalignas y Malignas de Cérvix.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

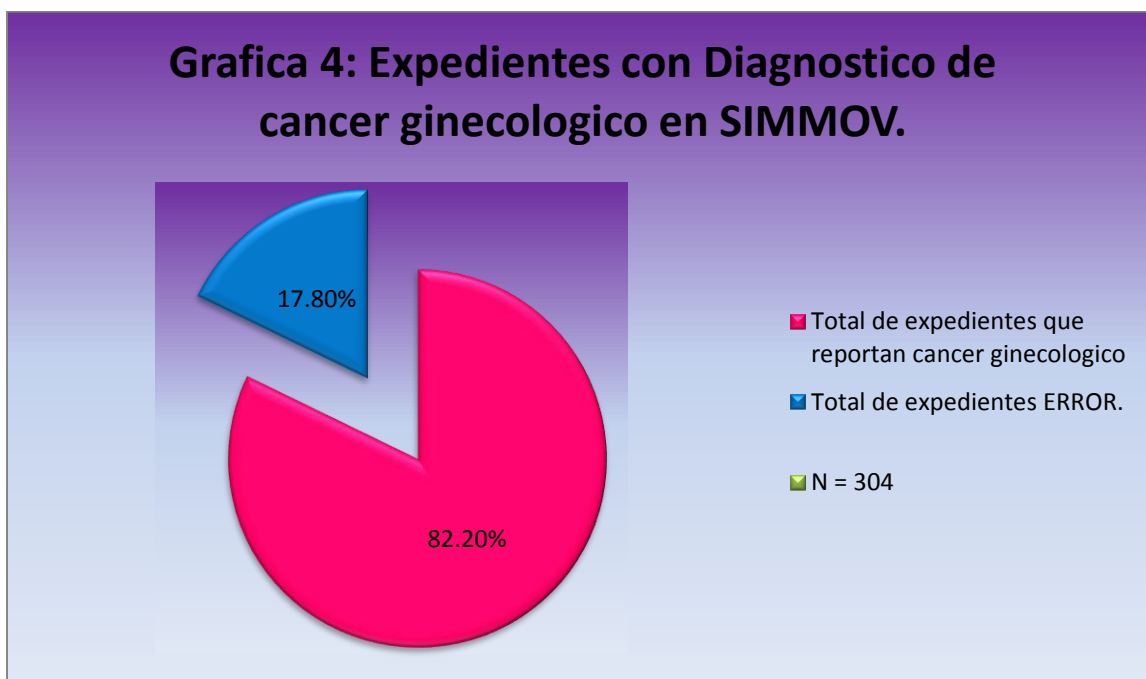
Del total de pacientes de las 55 con diagnóstico o estudio de cáncer de cérvix histopatológicamente se diagnosticó con carcinoma invasor el 24%. Aunque su ingreso no fue como diagnóstico como tal pero al ser estudiada se conoce tal hallazgo. No todas finalizaron tratamiento por el poco interés de la paciente a su seguimiento en la enfermedad. Algunas se les realizó histerectomía abdominal total y otras fueron referida por estadios tardíos de la enfermedad para tratamiento oncológico.

Los LEI de bajo y alto grado son aquellas pacientes que reciben tratamiento quirúrgico que fueron curadas a través de procedimientos quirúrgicos con límites sanos al ser tomados muestra por cono ya sea Loop o tradicional para diagnóstico o realizar histerectomía abdominal total.

El 9 y 7% según estudio histopatológico corresponde a cervicitis crónica y las que se encontraron normales.

El 16 % y este equivalen a las pacientes que no se evidencia correlación histopatológica en el estudio de la sospecha de lesiones premalignas.

Datos SIMMOV



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con cáncer ginecológico del hospital San Juan de Santa Ana 2012-2016.

En total revisamos 304 casos que se encontraron en el sistema nacional de registros del ministerio de salud (SIMMOV) de primera consulta, buscando correlaciones de diagnóstico, encontrando un rango de 54 expedientes que hacen el 17.8% de rango de error con Diagnostico ya que se encontraron algunos desde fracturas, apéndices, accidentes cerebro vasculares, hasta infartos al miocardio. Mientras que el 82.2% representan 250 cuadros con algún tipo de cáncer ginecológico.

CONCLUSIONES

Identificamos la necesidad que el hospital debe mejorar la atención en salud para paciente con cáncer, la apertura de área para tratamiento oportuno de las pacientes, que haya personal debidamente entrenado en oncología con personal multidisciplinario al cual se pueda apoyar, y que estos se puedan manejar en este nosocomio ya que aunque tengamos diagnóstico clínico no podemos tener manejo curativo más que paliativos en casos avanzados. Y en aquellos tempranos en su gran mayoría no logramos tener incidencia puesto que deben ser referidos, y en la mayoría de los casos las pacientes desertan de su tratamiento oncológico por la dificultad que tienen en trasladarse a hospitales de referencia por el alto costo que les acarea y en nuestro país la gran mayoría es de bajos recursos económicos.

Por lo que concluimos que se necesita un área oncológica en el hospital en el departamento de ginecología, además una base de datos completa que se actualice para que esta nos brinde mayor información y detallada sobre el control y seguimiento en estas pacientes, que abra espacios para su adecuado tratamiento y control temprano de dichas patologías, ya que si bien cabe destacar que en control de patología mamaria y patologías de cérvix hay avances quirúrgicos no hay tratamiento con quimioterapia ni espacio físico ni personal capacitado para que se lleve a cabo tratamiento y curación.

No se logra encontrar un número total que abarque el total de patologías ginecológicas con diagnóstico de Cáncer de vulva, vagina, y trompas de Falopio en sistema SIMMOV, de primera consulta ni subsecuentes, evidenciando que no hay datos en estas patologías.

Y que además se detectaron un total de 304 pacientes en el sistema de registro nacional, de las cuales solo 250 tuvieron diagnóstico del algún tipo de cáncer ginecológico, el resto de expedientes tuvieron diagnósticos errados. Evidenciando que existe un sesgo clínico a la hora de transcribir información.

No existe seguimiento de las pacientes con este tipo de patología después de ser referidas, las únicas que mantienen seguimiento por norma son aquellas patologías mamarias que fueron operadas en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana por Mastólogo pero aun después de la cirugía tuvieron que ser referidas y para tratamiento oncológico en hospitales en los cuales se cuenta con este servicio ya sea semi privados o hospitales públicos fuera del san Juan de Dios de Santa Ana y en algunas de estas no conocemos la fase en la que se encuentran después de la cirugía.

La base de datos que proporciona el MINSAL, brinda información muy generalizada. No especifica estirpe histológica de la patología. Por lo que hace más difícil identificar a las pacientes con determinadas patologías y su seguimiento.

Solo al revisar cuadro por cuadro identificamos patologías de forma clínica e histopatológicamente ya que en la reserva de datos en patología no hay un base de datos que nos demuestre diagnósticos de extirpe en la especialidad médica de ginecología y obstetricia, con lo único que se cuenta es con un conglomerado de información de todas las muestras del hospital. Además debe de haber una área dirigida a diagnostico ordenado histopatológico en el área de ginecología de donde se pueda encontrar patologías específicas.

Las diferentes patologías no fueron estudiadas según su clasificación y estadio clínico, con excepción de cáncer de mama puesto que contamos con especialista en su adecuado manejo en oncología en mama en los presentes años del estudio, pero de igual forma fueron referidas a otros centros asistenciales en su gran mayoría. De allí partimos y vemos la necesidad que hay en este nosocomio de brindar atención oncológica y la necesidad de que haya especialista en cáncer ginecológico con un área adecuada para su atención.

RECOMENDACIONES.

Recomendaciones a Ministerio de Salud:

El presente trabajo tuvo como finalidad demostrar la grave necesidad en tratamiento curativo en el área occidental del país ya que no contamos con un adecuado manejo en oncología ginecológica en la mayoría de nuestras patologías son referidas y perdemos seguimiento, y aquellas que regresan vuelven en estados muy avanzados de la enfermedad donde no contamos con área, insumos y personal capacitado multidisciplinario en oncología. Por lo que hacemos ver la necesidad existente y que se hagan cambios en este rubro ya que la demanda es grande.

Recomendaciones a Hospital San Juan de Dios de Santa Ana:

En el hospital San Juan de Dios se necesita mayor capacidad instalada que cuente con servicios de primera calidad para tratamiento oncológico dirigido aquellas pacientes con recursos escasos que no pueden ser atendidas en hospital semiprivado por sus altos costos, y públicos por el gasto que acarrea este en su traslado.

Se necesita personal capacitado en oncología ginecológica, pues existe una demanda de pacientes que están llevando un manejo poco accesible para su curación, pues al diagnosticar y referir a otro centro hospitalario, prolongamos el inicio del tratamiento y por ende su calidad de vida.

Se necesita una base de datos más específica para este tipo de patologías que permita darle control y seguimiento a este tipo de pacientes.

Que los encargados técnicos de digitar diagnósticos en cáncer sean capacitados en diagnósticos para que estos no den la cantidad de error que hay en cuadros por la falta

de conocimiento al digitar y no porque ellos comentan error al digitar por lo que se pierde mucha información en diferentes patologías ginecológicas especialmente en ginecología oncológica.

Se necesita base de datos histopatológica ordenada y específica para identificar casos de cáncer ginecológicos en el área de patología.

Recomendaciones al departamento de Ginecología:

Que haya disposición para la apertura de un área física encargada para atención y manejo de pacientes oncológicas.

Que los estudiantes tengan la posibilidad de entrenarse en el departamento en el área de oncología, que haya bases que posibiliten mejor aprendizaje por especialistas en la rama.

Que los especialistas que se contraten estén en disposición en enseñar tanto alumnos dentro de la residencia así como especialistas staff para que todos puedan hablar un mismo idioma y todo esto para que se facilite el adecuado tratamiento curativo para el paciente.

Que con el tiempo hayan subespecialidad en oncología que la visión y misión crezca y abra fronteras en esta área tan descuida en oncología ginecológica.

Recomendaciones al departamento de Post grado de la universidad de el Salvador.

Que haya mayor apoyo en especialidades médicas en formación de médicos con subespecialidades que el país necesita, que apoye al sistema en salud a que estos sean fructíferos académicamente y todo esto en formación de profesionales con calidad para atención de nuestros pacientes que es nuestro fin único en contraposición al mercantilismo que existe de la salud.

Bibliografía.

- Berek y Novak. (2013). Ginecología. Barcelona (España): Mc Graw Hill.⁴
- Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe,Hoffman, Casey, Sheffield. (2014). Williams Ginecología. México D.C: Mc Graw Hill
- J Michael Dixon. (2006). ABC of Breast Diseates . Massachuseus USA: Black Well.
- I. Jatos M.keufinyn y Petit. (2006). Atlas of Breact . Germany: springet.
- Benson y Pernoll's. (2001). Obstetricia y Ginecologia. New York : Mc Graw Hill.
- sonofi aventis. (2005). todo sobre cancer. mayo.2.2017. ¹
- Jay R. Harris (2014) Enfermedades de la mama. 4 Edición. Wolters Kluwer.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer V.I 2010.
- Daniel L. Clarke-Pears. Manejo del Cancer Ginecologico. Identificacion, diagnostic y tratamiento. Amolca.
- M. Steven Piver. Oncologia Ginecologica. 2 edicion. Marban Libros.
- Hernandez-Gomez-Paredes. Lesiones benignas de la mama. Editorial Panamericana.
- Harris. Lippman. Enfermedades de la mama. Marban Libros.

- Kelly Hunt. Eric A. Strom. Breast Cancer. 2 Edicion.
- Eduardo Gonzalez. Diagnostico y tratamiento del cancer de mama. Roffo.
- EduardoLazcano Ponce. Cancer de mama. Diagnostico, Tratamiento, prevención y control. Ediciones Ciencia.
- Orlando E. Silva. Breast Cancer. 3 edicion. Elsevier Saunders.
- Universidad en linea-AIU. (2012). estructura del ADN. ²
- Diagnostico situacional del cáncer en El Salvador. MINSAL. ³
- SANOFI AVENTIS. (2005). TODO SOBRE CANCER. ⁵
- SONOFI AVENTIS. (2006). TODO SOBRE CÁNCER. mayo.2.2017⁶

ANEXOS

A.1 Cronograma de actividades.

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	Responsable/s
Tiempo												
Problema o fenómeno a investigar.	■											
Revisión de la literatura.		■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Trabajo de campo.					■	■	■	■				
Elección de los instrumentos de observación.		■	■									
Definición de muestras.	■											
Procesamiento de los datos.						■	■	■	■			
Análisis e interpretación de los datos.						■	■	■	■			
Informe de investigación.									■	■		

DEFENSA DE TESIS																					
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A.2 Presupuesto de la Investigación.

RUBROS	Aportes del equipo de investigación.		Aportes institucionales.		Aportes de otros interesados.	
	Efectivo	Recursos	Efectivo	Recursos	Efectivo	Recursos
1.0 Remuneración Recursos humanos						
Asesor/as			\$100			
2.0 viajes técnicos Movilización (transporte)	\$50					
3.0 Gastos Directos de la investigación.						
Materiales y suministros	\$60					
Recursos bibliográficos	\$30					
4.0 Equipos						
Equipos de computación	\$225					
Total	\$365		\$100			

Ubicación de Hospital Nacional San Juan de Dios. Santa Ana.



CIE 10. DEFINICION.

La CIE-10 es el acrónimo de la *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión* correspondiente a la versión en español de la (en inglés) *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

Historia

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ocupa a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)* (en español, la *Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS*). La lista CIE-10 tiene su origen en la «Lista de causas de muerte», cuya primera edición la realizó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. En mayo de 2018 está prevista la entrada en vigor de la CIE-11.²

Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-

AM» en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

En EE.UU se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS. A pesar de que ya utilizan el manual de procedimientos, Estados Unidos y Puerto Rico se están preparando para la implementación del Sistema de Clasificación de Enfermedades para comenzar en octubre de 2015.

Codificación.

Cada afección puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares. Los siguientes códigos se utilizan por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Cap.	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales