



MONOGRAFÍA
Valoración del performance status en pacientes
con cáncer gineco - mamario del CHPR
Julio-Septiembre 2017

Autores:

Orientadores: Prof. Adj. Dr. Diego Greif

G°2 UDA Cuidados Paliativos Dra. Patricia Papa

Br. Darwin Acuña Carballo

Br. Sofía Alvariza Ciancio

Br. Martina Faraut Navatta

Br. Santiago Lammers Sagory

Br. Ximena Muniz Fernández

Br. Belén Novo Jaccottet

Clínica Ginecotológica A
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Facultad de Medicina
Universidad de la República
CICLO METODOLOGÍA CIENTÍFICA II/Grupo 22

INDICE DE CONTENIDOS

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO.....	6
OBJETIVOS.....	14
METODOLOGÍA.....	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
AGRADECIMIENTOS	29
ANEXOS.....	30

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

IC: Intervalo de Confianza

IK: Índice de Karnofsky

ILV: Invasión linfovascular

IMC: Índice de Masa Corporal

IPA: Índice Paquete Año

K: Karnofsky

KPS: Karnofsky Performance Status

OA: Osteoarticular

p: Valor-p

PS: Performance Status

QT: Quimioterapia

RT: Radioterapia

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPH: Virus del Papiloma Humano

RESUMEN:

Introducción y objetivos: la patología oncológica es la segunda causa de muerte en Uruguay. Dentro de los cánceres ginecomamarios se destacan por su incidencia y mortalidad el cáncer de mama en primer lugar, seguido por el cáncer de cuello uterino. El impacto de la enfermedad en la capacidad funcional del paciente se puede evaluar mediante escalas validadas internacionalmente, entre las cuales se encuentra el ECOG performance status. Este estudio tiene como objetivos aplicar la escala ECOG performance status en pacientes con cáncer ginecomamario, siendo objetivos específicos describir las características de la población y asociar esta variable con otras variables de interés.

Metodología: se recabaron datos de 50 pacientes con patología oncológica internadas en el Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi” del Centro Hospitalario Pereira Rossell que cumplieron con los criterios de inclusión entre julio-septiembre 2017. El protocolo fue aprobado por el comité de bioética del mencionado hospital. Las pacientes prestaron consentimiento oral y escrito de acceder para acceder participar del estudio mediante encuestas personales y revisión de sus historias clínicas. Se describieron las características demográficas y el ECOG performance status de las pacientes en términos de frecuencias absolutas y relativas. Se analizó mediante test de chi cuadrado si existe asociación entre diferentes variables y el valor del ECOG performance status.

Resultados: La edad promedio fue de 56,3 años. Se destaca que el rango etario prevalente fue el grupo entre 50-65 años (40%), el 46% de las pacientes realizó estudios terciarios, el 60% es oriunda del interior, el tipo de cáncer más frecuente fue el de cuello de útero (48%) seguido del de mama (22%), 56% se encontraron en estadio tardío de la enfermedad, 50% presentó un ECOG PS de 0. Teniendo en cuenta la asociación del ECOG performance status con diferentes variables se encontró relación estadísticamente significativa entre este y la astenia y dolor.

Conclusiones: el ECOG performance status resultó ser una escala fácilmente aplicable y reproducible, permitiendo que su uso sea universal. Se presentaron como dificultades el poco tiempo asignado para su realización, de modo que el tamaño de la muestra no fue la suficiente para analizar la relación estadística entre las variables y el ECOG performance status. Tampoco se contaron con estudios previos de la aplicación de esta escala en los cánceres estudiados. Se plantea como perspectiva del estudio la aplicación de la escala en las historias clínicas del hospital, así como su continuación a futuro o modelo para próximas investigaciones.

Palabras claves: cáncer, ginecológico, mamario, ECOG, performance status

INTRODUCCIÓN

La patología oncológica ocupa la segunda causa de muerte en Uruguay. En las mujeres, el cáncer de mama es el de mayor incidencia (68,86 casos cada 100.000 habitantes) y causa la mayor mortalidad en nuestro país por cáncer (20.54 cada 100.000 habitantes según registro 2008-2012). También se sabe que 1 de cada 10 mujeres podrían desarrollar esta patología a lo largo de su vida, ubicándose como el cáncer más frecuente en las mujeres jóvenes. Cuando hablamos de cánceres ginecológicos nos referimos a los siguientes 5 tipos de patología oncológica: cáncer de vulva, de vagina, endometrio, cuello de útero y ovario. Dentro de éstos, los que adquieren mayor relevancia en cuanto a incidencia y mortalidad en nuestro país son el cáncer de cuello de útero, cáncer de endometrio y cáncer de ovario. El cáncer de cuello de útero se ubica en el tercer lugar en incidencia por cáncer (15,28 cada 100.000 habitantes) y ocupa el quinto lugar en mortalidad (5,47 cada 100.000 habitantes); menores son las incidencias y mortalidad de cáncer de endometrio (8,2 y 2,37 cada 100.000 habitantes respectivamente) y por cáncer de ovario (7.84 y 4,57 cada 100.000 habitantes respectivamente). ¹

En la valoración clínica de los pacientes oncológicos es importante definir la capacidad funcional de los mismos como parámetro de referencia con el fin de evaluar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, y a la hora de decidir entre tratamientos oncoespecíficos o cuidados paliativos exclusivos; también es útil comparar el estado funcional de los pacientes antes y después de la exposición a una terapia específica y valorar respuesta. ²

Existen escalas validadas internacionalmente para evaluar la capacidad funcional o *performance status* (PS) de los pacientes, siendo Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) PS y Karnofsky (K) PS de las más difundidas en el área de la oncología y de los cuidados paliativos que han demostrado ser buenas predictoras de supervivencia. Además aportan la autopercepción del paciente respecto a su PS y dan lugar al uso de un criterio unificado y reproducible de valoración entre el personal médico. El interés de este trabajo es identificar cuáles son aquellas variables que más se asocian al PS de las pacientes con cáncer ginecomamario en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), debido a que ha sido poco investigado en nuestro medio.

MARCO TEÓRICO

Performance status

El estado general de un paciente oncológico, es un valioso elemento clínico que permite tomar decisiones en cuanto a manejo y clarificar en gran medida su pronóstico.

El PS es una evaluación del nivel de funcionamiento y capacidad de autocuidado. Traduce la magnitud en que el cáncer ha afectado las actividades del paciente.

Es una variable independiente del tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de cáncer o los sitios anatómicos involucrados. Se trata de un factor central en la atención oncológica ya que ha demostrado ser un importante factor pronóstico de supervivencia y se toma en cuenta para la planificación y guía de tratamientos oncoespecíficos a implementar.²

Karnofsky Performance Status

En el año 1949, David Karnofsky y colaboradores describieron por primera vez el PS para la evaluación de pacientes con cáncer primario de pulmón, que estaban recibiendo tratamiento quimioterápico³. En su trabajo, definieron el PS como “... la capacidad del paciente para continuar su actividad y trabajo normales, o su necesidad de cuidados, o su dependencia de la atención médica para su supervivencia. Estos sencillos criterios sirven, según nuestra experiencia, para medir la funcionalidad del paciente o la carga que representa la enfermedad para la familia o la sociedad...”. Desde entonces esta escala es ampliamente utilizada en oncología y junto con la estadificación TNM ha sido de ayuda para decidir si el paciente debe

recibir una terapia oncoespecífica o solamente tratamiento sintomático⁴, así como también medir el estado funcional de estos pacientes como la supervivencia y pronóstico de estos. Por otra parte, este score es usado también en la valoración de la calidad de vida de pacientes con accidente cerebro vascular, nutrición parenteral domiciliaria, evaluación del pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos.⁵

Mediante el Karnofsky performance status (KPS) se mide la capacidad funcional del paciente mediante una escala desde un porcentaje de 100% (no tiene síntomas) hasta 0% (muerte), teniendo en cuenta su capacidad de realizar sus tareas diarias

Puntuación	Situación clínico-funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Tabla 1 – Escala de Karnofsky

y la dependencia a la asistencia médica ³. Estos porcentajes son aplicables como factor pronóstico en pacientes oncológicos de estadio avanzado, de forma que valores menores a 50% están asociados a la muerte en menos de 6 meses, habitualmente menor a 2. Según el National Hospice Study, cuando el índice de Karnosky (IK) asume valores entre 10 y 20, la supervivencia estimada es de 17 días; si asume valores entre 30 y 50 la supervivencia se eleva a 50; mientras que si el IK toma el valor de 50 la supervivencia mínima es de 86 días. ⁵

ECOG performance status

La escala ECOG fue desarrollada por el Eastern Cooperative Oncology Group que ahora forma parte del Grupo de Investigación del Cáncer Eastern Cooperative Oncology Group - American College of Radiology Imaging (ECOG-ACRIN), y publicada en 1982⁶, tiene utilidad para unificar la situación funcional, de cara a ensayos clínicos, validada para pacientes con cualquier tipo de neoplasia y en cualquier fase, siendo sencilla de aplicar.⁷

Circula en el dominio público y, por lo tanto, está disponible para uso público en pro de estimular una mayor estandarización entre los investigadores que diseñan y evalúan la investigación clínica del cáncer.⁸

Consta de 5 categorías que va desde la actividad normal sin limitaciones (0) hasta la muerte (5), dicha categorización se hace de acuerdo a la movilidad y actividades del paciente y la sintomatología del cáncer (Tabla 2).⁹

0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Fallecido

Tabla 2 – Escala Funcional ECOG/OMS

La validez y fiabilidad de la escala ha sido investigada en varios estudios, obteniéndose buenos resultados. La fiabilidad inter observador es muy alta cuando son oncólogos los que realizan la evaluación, pero también ha sido documentada una buena correlación entre la observación del médico y la del propio paciente. ⁹

Comparación Karnofsky PS y ECOG PS

Al comparar ambos scores se encontró que ambos suelen ser intercambiables, ECOG PS es generalmente preferido sobre KPS por su mayor simplicidad. ³ ECOG PS tiene como ventaja asumir ECOG PS 6 posibles valores (0 al 5) lo cual disminuye la variabilidad interobservadores², a su vez estudios han demostrado que estima de mejor manera el pronóstico de pacientes con cáncer de pulmón; sin embargo, en pacientes con capacidad funcional reducida

esta escala lleva a una simplificación excesiva. KPS es más preciso al ser una escala de porcentajes (0 a 100%) y en contraste con ECOG PS tiene gran importancia en el ámbito de la neurooncología. Si bien según la literatura no es posible observar mayores ventajas de un score sobre el otro, las cualidades del ECOG PS han hecho que en los últimos años, en PubMed han aumentado las publicaciones referidas a este score en mayor proporción que las publicaciones respecto a KPS.⁴

Cáncer de Mama

La patología oncológica de mama constituye un problema de salud pública de gran trascendencia, ya que es el principal cáncer en incidencia y que causa mayor mortalidad entre las mujeres de nuestro país.¹ El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea pues existen diferentes tipos de cáncer, siendo la mayoría de ellos positivos para receptores de estrógenos, lo cual es importante ya que van a diferir respecto a las características de las pacientes, las características histológicas del tumor y la respuesta al tratamiento respecto al receptor de estrógenos.¹⁰

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama pueden dividirse en constitucionales, ambientales ó nutricionales y hereditarios. Los factores de riesgo constitucionales son: edad mayor a 40 años, antecedentes personales de cáncer de mama, enfermedades benignas de mama principalmente hiperplasia ductal con atipías, obesidad y aquellas características de las pacientes que se relacionan con una vida hormonal larga, como lo son menarca precoz, menopausia tardía, nuliparidad y no lactancia. Entre los factores ambientales o nutricionales se encuentran los conocidos como factores clásicos, a los cuales se le asigna el 30-40% de responsabilidad en el riesgo del cáncer, y son historia menstrual-reproductiva e historia familiar de cáncer; mientras que el restante 60-70% se le atribuye a los factores ambientales modificables entre los cuales se destacan la dieta rica en grasas (responsable del 30-35% por sí sola), sedentarismo, exceso de peso, insulino-resistencia, estrés psicosocial. Los factores genéticos están vinculados a una historia familiar significativa con o sin mutación de los genes BRCA 1 ó BRCA 2.¹¹

Los motivos que ameritan la consulta son el hallazgo de un tumor mamario por parte de las pacientes (lo más frecuente), hallazgo imagenológico, hallazgo de masa o de otras alteraciones como lo son retracción del pezón, cambios a nivel cutáneo (piel de naranja, capitonajes, inflamatorios).¹¹

La detección de este cáncer se basa actualmente en la realización de autoexamen, examen clínico, mamografías, ecografías y resonancias magnéticas de mama, teniendo como objetivo principal detectar esta patología precozmente y así disminuir la mortalidad por esta causa. Sin

embargo, se debe tener en cuenta que la única manera para poder determinar con certeza si es cáncer es mediante la biopsia.¹²

Cáncer de cuello de útero

El cáncer de cuello de uterino ocupa el tercer lugar dentro de las localizaciones más frecuentes en las mujeres de Uruguay, luego del cáncer de mama y el cáncer de colon. Y como causa de muerte ocupa el quinto lugar en mujeres.¹³

Las anomalías escamosas no invasoras del epitelio cervical asociadas al virus del papiloma humano (VPH) se denominan lesiones intraepiteliales escamosas, estas se dividen en dos grupos, lesiones de bajo grado y lesiones de alto grado. Las primeras tienen un bajo riesgo de progresar a carcinoma, mientras que las otras tienen un riesgo significativo si no son tratadas.¹⁴

El principal factor de riesgo es la infección por el VPH. Dentro de los factores de riesgo pertenecientes a los antecedentes gineco-obstétricos se encuentran la multiparidad, la precocidad sexual, la promiscuidad sexual, un cumplimiento y frecuencia inadecuada de colpocitología oncológica, y utilización de métodos anticonceptivos, siendo los de barrera los únicos que tienen un efecto protector contra la infección por el VPH, si bien no es 100% eficaz por el contacto piel a piel.¹⁵

Fumar aumenta de forma independiente el riesgo de cáncer cervical al menos dos veces. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito.¹⁶

Por otro lado, hay factores de riesgo para infección por el VPH como lo es tener un sistema inmunitario debilitado a causa de una inmunodepresión. Una causa de inmunodepresión prolongada es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁷

Las etapas tempranas y lesiones precancerosas en general son asintomáticas. Sin embargo, los síntomas más frecuentes en un cáncer invasivo son el sangrado vaginal anormal (el que ocurre luego del coito vaginal, después de la menopausia o entre periodos menstruales, y periodos los menstruales que duran más tiempo), secreción vaginal inusual y dolor durante las relaciones sexuales.¹³

El examen ginecológico clínico rutinario y la colpocitología oncológica permiten hacer el diagnóstico en etapas previas a la aparición del cáncer y/o su diagnóstico en etapas donde es

posible un criterio terapéutico. La colposcopia con legrado endocervical o biopsia son los estudios complementarios que permiten detectar o confirmar las lesiones.¹⁵

Los criterios de mal pronóstico prequirúrgicos (Evidencia 1B. Consenso E) son afectación ganglionar, siendo el factor pronóstico más significativo, tamaño tumoral > 4 cm, invasión linfovascular (ILV) y profundidad de invasión del estroma cervical.¹⁸

Cáncer de endometrio

En la mujer, el carcinoma de endometrio la primera causa de muerte por cáncer en países desarrollados. En países sub desarrollados, incluido Uruguay, el primer lugar es ocupado por el cáncer de cérvix.¹⁹ La media de edad es 63 años, en mujeres premenopáusicas se observa en un 25% y 5% en mujeres menores a 40 años²⁰.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de cáncer:²¹ mujeres nulíparas, menarca precoz, menopausia tardía, trastornos menstruales como menorragias y síndrome premenstrual, obesidad, terapia de reemplazo hormonal sin progesterona, tratamiento con tamoxifeno, alto consumo de grasas y antecedentes familiares.

Entre los factores protectores se encuentra el consumo de terapias hormonales compuestas por estrógenos y gestágenos combinados.

La hiperplasia endometrial es la lesión precursora. Se ha observado que cuanto más avanzada es la hiperplasia endometrial, conlleva a mayor riesgo de padecer cáncer de endometrio. No obstante, podrían participar lesiones precursoras de otro tipo de cáncer de endometrio no estrógeno dependiente, como el carcinoma in situ de endometrio o carcinoma intraepitelial de endometrio.

Existen dos tipos etiopatogénicos de adenocarcinoma de endometrio, el tipo I, de células bien diferenciadas cuya mayor incidencia es cercana a la menopausia representando el 60 a 70 % de los casos; un tipo II de células seropapilares o células claras pobremente diferenciadas, más agresivos, aparecen en mujeres de edad más avanzada representando el 30 a 40 %.

Según el instituto nacional del cáncer, el adenocarcinoma endometrioide es el tipo más común en un 75 % de los casos²².

El síntoma característico del cáncer de endometrio es una metrorragia irregular (90%). Esta comienza al inicio de la enfermedad, razón por la cual en la mayoría de las pacientes se detecta precozmente en el estadio I. Debe sospecharse en toda paciente con metrorragia

postmenopáusica, mujer postmenopáusica asintomática con células endometriales en la citología cérvico-vaginal, mujer con metrorragia no menstrual en aumento y mujeres con menometrorragias con antecedentes de anovulación.

El diagnóstico se obtiene por obtención de tejido endometrial para su estudio histológico. Como primer test: realización de ecografía transvaginal con medición de la línea endometrial y, la realización de histeroscopia y biopsia dirigida confirma el diagnóstico.

Cáncer de Ovario

Bajo el rótulo “cáncer de ovario” se agrupan distintas patologías neoplásicas malignas que afectan el ovario y difieren en su etiología, características histológico-genéticas, tratamiento y pronóstico. No es de los cánceres genitomamarios de mayor frecuencia, pero adquiere importancia por su alta mortalidad, ya que la mitad de las muertes por cánceres ginecológicos se deben al cáncer de ovario²³.

Como factor de riesgo estudiado para el cáncer de ovario se encuentra el proceso de ovulación, que provoca una “disrupción-reparación” que conduce a repetidas mutaciones; un consumo elevado de esteroides en la terapia de reemplazo hormonal también representa un incremento en el riesgo²⁴. A la inversa, situaciones anovulatorias como el embarazo y el consumo de anticonceptivos orales actúan como “factores protectores” disminuyendo el riesgo de padecer cáncer de ovario²³.

Los síntomas clásicos de esta enfermedad son el dolor pélvico, distensión abdominal, saciedad precoz e hinchazón cuando el tamaño tumoral toma relación con estructuras abdominales²⁴.

El diagnóstico previo a la cirugía se compone por un lado, de un alto índice de sospecha clínico, que se seguirá de estudio imagenológico: ecografía transvaginal, con la posibilidad de sumarse un estudio de marcadores tumorales en sangre²⁵.

El pronóstico de esta patología está definido por varios determinantes: la edad de la paciente, el tipo histológico del tumor, el grado de diferenciación tumoral, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, y el volumen residual del tumor después de la operación residual²⁶.

El mayor problema de esta enfermedad es que se diagnostica tardíamente, debido a la ausencia de síntomas por un período de tiempo prolongado²⁴ y el crecimiento tumoral lento, por lo que a veces su hallazgo se da accidentalmente en estudios de imagenología abdominal por otras causas²⁷.

Cáncer de vulva

El cáncer de vulva o carcinoma invasor de vulva es una neoplasia poco frecuente, representa apenas el 3 a 5% de los cánceres ginecológicos. Entre los 65 a 75 años se encuentra la edad de aparición más frecuente, raramente es antes de los 30 años. La mayoría de los cánceres de vulva aparecen en la menopausia ²⁸.

Las lesiones malignas de la vulva se dividen en aquellas vinculadas a factores de riesgo y precedidas de lesión preneoplásica (neoplasias intraepiteliales vulvares –VIN-) que se ven en mujeres jóvenes, y las lesiones sin relación con factores de riesgo que aparecen en la postmenopausia ¹⁵.

Los factores de riesgo conocidos son: la edad avanzada, consumo de tabaco, inmunosupresión, infecciones herpéticas o por VPH, distrofias hiperplásicas o granulomatosas y exposición a radiación ¹⁵.

Debido a la relación estrecha de algunos tipos de carcinomas con el VPH la vacunación contra las formas oncogénicas de dicho agente se considera un factor protector ¹⁵.

La presentación clínica de la enfermedad se caracteriza por prurito vulvar (en alrededor de la mitad de las pacientes), seguido por tumoraciones en genitales externos y ulceraciones. Tardíamente aparecen secreciones serohemáticas y dolor asociado a sobreinfección y extensión a tejidos vecinos. Los síntomas urinarios aparecen cuando el cáncer se extiende al meato uretral²⁸.

El diagnóstico se basa en: una inspección vulvar correcta, vulvoscopia con tinción de azul de toluidina, citología y biopsia²⁸.

El pronóstico de la paciente con cáncer de vulva está especialmente definido por el estadio ganglionar y el diámetro de la lesión primaria. Otros factores influyentes son el tipo histológico y el grado de diferenciación, el tamaño del tumor, la profundidad, la multifocalidad y la ILV²⁸.

Cáncer de vagina

El carcinoma primario de vagina es una neoplasia poco frecuente, ²⁹ teniendo mayor incidencia en la mujer menopáusica en edades más avanzadas que el carcinoma cervical. ³⁰

Los cánceres de la vagina pueden ser primarios o secundarios. Se considera como cáncer primario de vagina a aquellas lesiones confinadas a la vagina sin invasión del cuello uterino o la

vulva. La mayoría de los tumores malignos de vagina son metastásicos de los tumores del cuello uterino y la vulva.²⁹

Los cánceres secundarios afectan a la vagina por extensión, por vecindad o por metástasis y se trata generalmente de carcinomas. Superan en frecuencia a la enfermedad primitiva. El carcinoma más común por extensión directa es el de cuello uterino.³⁰

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso, existiendo otros que se presentan con menor frecuencia como los adenocarcinomas, melanomas y sarcomas.³⁰

El cáncer vaginal celular escamoso, es el más frecuente e inicialmente se disemina superficialmente dentro de la pared vaginal, más tarde invade los tejidos paravaginales y el parametrio. Las metástasis se presentan con mayor frecuencia en los pulmones e hígado.²⁹

Los factores predisponentes son: infecciones por VPH, irritación crónica por uso de pesario, antecedentes de radioterapia por carcinoma cervical e infecciones vaginales por citomegalovirus o virus del herpes.³⁰

Clínicamente la mayoría de los carcinomas de vagina se presentan en mujeres de edad avanzada, siendo la hemorragia el síntoma de presentación más frecuente y manifestándose en ocasiones como hemorragia irregular en la postmenopáusia o coitorragia, y otras veces como leucorrea vaginal sanguinolenta-acuosa. A medida que la lesión se extiende localmente y dependiendo de su tamaño y localización, aparecen molestias urinarias o con la defecación.³⁰

Para el diagnóstico se debe realizar una exploración de la totalidad de la mucosa vaginal mediante espéculo y palpación. El cérvix, vulva y uretra se deben de examinar exhaustivamente, ya que cualquier tumor a estos niveles descartaría la existencia de un tumor primario de vagina. La citología, preferentemente por raspado de las cuatro caras, la colposcopia, la biopsia dirigida y el test de Schiller son de gran utilidad.³⁰

El pronóstico depende principalmente del estadio en que se encuentra la enfermedad, pero la supervivencia se reduce en pacientes mayores de 60 años de edad, si son sintomáticos al momento del diagnóstico, tienen lesiones del centro y tercio inferior de la vagina o tienen tumores mal diferenciados.²⁹

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Aplicar la escala ECOG para valoración del PS en pacientes con cáncer ginecomamarios del CHPR.

Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas de la población de estudio.
- Describir los valores del ECOG PS en la población de estudio.
- Analizar las diferentes variables que pueden influir en el PS en estas pacientes.
- Analizar la diferencia del ECOG PS entre los distintos tipos de cánceres ginecomamarios.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, en Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi”, CHPR, Montevideo, Uruguay. La población de estudio se trató de pacientes con cáncer gineco-mamario internadas en salas de Ginecología del Hospital anteriormente nombrado.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi” del CHPR.

La muestra del estudio se conformó por 50 pacientes interrogadas entre julio y septiembre de 2017 que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- mujeres mayores de 18 años con diagnóstico anátomo-patológico de cáncer ginecológico y/o mamario;
- internadas en Salas de Ginecología del Hospital de la Mujer;
- dispuestas y capaces de dar consentimiento informado.

En tanto, se consideraron como criterios de exclusión:

- Presencia de deterioro cognitivo o patología psiquiátrica no tratada;
- pacientes cursando gestación;
- Haber recibido cirugía en los 30 días previos.

Los datos de la investigación se recopilaban mediante dos métodos: encuestas a las pacientes y revisión de sus historias clínicas.

Previamente se le explicó a cada paciente las pautas de la investigación y se solicitó el consentimiento informado oral y escrito, por la cual accedieron a ser interrogadas y otorgaron permiso para la revisión de sus historias clínicas. Mediante las encuestas personales se realizaron tres cuestionarios: formulario de valoración psicosocial, PS mediante el ECOG PS, y formulario de patología. El formulario de valoración psicosocial tiene como objetivo conocer los factores sociales que puedan influir en nuestros resultados.

El ECOG PS se trata de un cuestionario específico, que está validado internacionalmente para pacientes oncológicos mediante 6 categorías que van del 0 al 5 evaluando la capacidad funcional de los pacientes en actividades de su vida diaria. Ambos cuestionarios son realizados por los encuestadores y completados por ellos. El formulario de patología tiene utilidad para conocer los datos más relevantes de la enfermedad oncológica de la paciente así como de otras

comorbilidades. Esta información se recolectó mediante las encuestas a las pacientes complementando con la revisión de sus historias clínicas.

Interesa saber si existe asociación estadísticamente significativa entre variables independientes como lo son el ECOG PS y las siguientes variables de interés: edad, procedencia, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, tratamiento actual, IMC y síntomas limitantes

El análisis de los datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico SPSS versión 23.

Para analizar los resultados, en primera instancia se describieron las características de la población a través de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; medias y desvíos estándar además para las variables cuantitativas. A través del estadístico Z se obtuvieron los intervalos de confianza (IC) de las medias y/o proporciones de la población.

Luego se describieron las frecuencias absolutas y relativas de las diferentes categorías del ECOG PS y se utilizó el estadístico Z para obtener la proporción poblacional a través los IC.

Posteriormente se analizó la relación del ECOG PS con diferentes variables independientes. El ECOG PS fue dividido de forma arbitraria en dos grandes grupos: leve (0-1) y moderado/severo (2-3-4). Las variables que se analizan también fueron divididas arbitrariamente en los siguientes grupos: rango etario agrupado en menores de 50 años, entre 50-65 años y mayores de 50 años; procedencia Montevideo o Interior; en cuanto al tratamiento se consideraron como grupos: no recibir tratamiento, tratamiento con radioterapia (RT) y/o quimioterapia (QT), tratamiento con cirugía, tratamiento con RT/QT más cirugía; los estadios se consideran como precoz (estadios I y II) y tardío (III y IV); la valoración nutricional mediante el IMC se lo divide en menores a 18,5, entre 18,5-25 y mayores de 25. Como síntomas limitantes se analizan dolor y astenia por ser los que presentan mayor frecuencia; Mediante test de chi cuadrado se analizó si existe asociación entre estas variables y la severidad del ECOG PS.

Por último, se analiza el ECOG PS entre los cánceres considerados. Para empezar, se considera cada cáncer ginecológico y luego se los agrupó aquellos que tienen una etiopatogenia común como lo son los carcinomas de cérvix, vulva y vagina, y por otro lado, se analizaron carcinoma de mama, endometrio y mama de forma independiente; comparando las proporciones y analizando la asociación del tipo de cáncer y la severidad del ECOG PS mediante test de chi cuadrado.

RESULTADOS

N: 50 pacientes.

La edad promedio correspondió a una media de 56,34 años, con mínima de 37 y una máxima de 83 años.

Al tener en cuenta el rango etario, se observa que el 34% de las pacientes son menores de 50 años, el 26% son mayores de 65 años, y el grupo mayoritario, un 40%, está entre los 50 y 65 años.

Respecto al nivel educativo, el 20% de las pacientes no terminó la escuela primaria y un 46% la terminó pero no prosiguió estudios secundarios. En tanto un 14% tiene secundaria incompleta y el 20% sí la culminó.

Considerando la procedencia de las pacientes, se aprecia que el 60% es oriunda del interior, mientras que el restante 40% es originaria de Montevideo.

En cuanto a la paridad, el 72% tuvo 3 o más hijos, el 20% menos de 3 hijos, y el restante 8% no tuvo hijos.

Se observa que la gran mayoría, 62%, tiene un IMC adecuado (entre 18,5 y 25), el 30% están en rango de sobrepeso-obesidad con un $IMC > 25$, mientras que el restante 8% está por debajo de la normalidad.

Acerca de la frecuencia del hábito tabáquico de estas pacientes, se aprecia que el 52% de estas nunca fumó, 18% son exfumadoras, otro 18% corresponde a fumadoras con Índice Paquetes Año (IPA) ≤ 20 , y un 12% a fumadoras con IPA > 20 .

El 44% de las pacientes tienen antecedentes familiares de cáncer ginecomamario.

Se observó que el cáncer de cuello uterino fue el de mayor prevalencia en las pacientes, correspondiendo a un 48%, le sigue el cáncer de mama con un 22%, acumulando entre ambos un 70% de la población estudiada. El restante 30% se encuentra distribuido entre cáncer de vulva (10%), de ovario (10%), de endometrio (8%) y de vagina (2%).

Respecto al estadio del cáncer, el 56% corresponde a estadio tardío y el 44% a estadio precoz.

En referencia al tratamiento recibido hasta el momento de la investigación, el 18% no recibió tratamiento, el 34% recibió RT y/o QT, el 26% se sometió a cirugía, y el 22% restante recibió tratamiento combinado con RT y/o QT más cirugía.

Dentro de las pacientes que manifestaron síntomas limitantes, se aprecia un predominio de astenia y dolor, con un 48% y 38% respectivamente. En menor medida, un 24% del total de las pacientes presentó genitorragia y un 2% disnea.

En cuanto a comorbilidades prevalentes, 30% de la población estudiada refirió patología OA, 46% patología cardiovascular asociada, 8% patología renal crónica y el 6% restante comorbilidad pulmonar.

La aplicación del cuestionario ECOG PS mostró los siguientes resultados: la mitad de los pacientes (50%) presentaron un PS de 0, un 8% un PS de 1, el 24% un PS de 2, 16% un PS de 3, y el 2% restante un PS de 4.

Como se mencionó anteriormente, con fines prácticos se subdividió el ECOG PS en dos subgrupos, incluyendo a las categorías 0 y 1 dentro del subgrupo Leve, y al resto (2, 3, 4) dentro del subgrupo Moderado/Severo; posteriormente se analizó su asociación con las variables que se consideraron más relevantes.

En lo que refiere al rango etario, se encontró que en el subgrupo de ECOG Leve la mayoría de las pacientes (41,4%) son menores de 50 años, mientras que la frecuencia correspondiente al rango etario de 50 a 65 años (27,6%) es similar a la que se ve en mayores de 65 años (31,0%). En el ECOG Moderado/Severo predominan ampliamente las edades dentro del rango 50 a 65 años (57,1%), teniendo similar proporción entre los grupos etarios restantes (23,8% menores de 50 años y 19% en mayores de 65 años). Se observa que no hay una relación estadísticamente significativa entre el rango etario y el ECOG PS ($p=0,109$).

Acerca de la procedencia de las pacientes, se aprecia que en el ECOG leve el 58,2% de las pacientes provienen del interior, y el 41,4% restantes son oriundas de Montevideo. Similar es lo que ocurre en el ECOG moderado/severo, predominando la procedencia del interior con un 61,9% contra un 38,1% de las pacientes montevidéanas. La relación entre la procedencia y la severidad del ECOG PS tampoco es estadísticamente significativa ($p=0,815$).

Respecto al estadio del cáncer, se puede ver que hay una tendencia de asociación entre los estadios tardíos y la severidad del ECOG PS, estando el 66,7% de las pacientes de ECOG Moderado/Severo en estadios tardíos de su enfermedad. Estadísticamente no hay asociación significativa ($p=0,196$).

En el subgrupo de ECOG Leve, hay igual porcentaje de pacientes que recibieron una sola modalidad de tratamiento, siendo estas la cirugía o RT y/o QT (31% cada uno). En el segundo subgrupo, de ECOG Moderado/Severo, la mayoría de las pacientes (38,1%) recibió RT y/o QT,

seguido de un 28,6% que recibió tratamiento combinado (cirugía más RT y/o QT); teniendo en cuenta ambas modalidades el 66,7% de las pacientes con ECOG Moderado/Severo recibieron RT y/o QT. No hay una asociación estadísticamente significativa entre la modalidad del tratamiento y el ECOG PS ($p=0,606$).

En ambos subgrupos de ECOG el IMC preponderante está en rango normal (62,1% en leve y 61,9% en moderado/severo). Se destaca que la frecuencia de un IMC bajo ($<18,5$) es mayor en el subgrupo de ECOG Moderado/Severo comparado con el de ECOG Leve, mientras que no hay grandes diferencias porcentuales de IMC >25 en ambos subgrupos. La relación entre IMC Y ECOG no es estadísticamente significativa ($p=0,325$).

Al tener en cuenta los síntomas limitantes, se observa que las pacientes con ECOG moderado/severo manifestaron la presencia de dolor en su gran mayoría (76,2%), mientras que la amplia mayoría de pacientes con ECOG leve no refirieron dicho síntoma (89,7%). Lo mismo ocurre con la astenia, en donde el 81% de las pacientes con ECOG PS moderado/severo refirieron presentar dicho síntoma, mientras que en las pacientes que se encuentran dentro del subgrupo de ECOG leve el 75,9% lo refiere como ausente. La relación entre la severidad de ECOG y la presencia de estos dos síntomas son estadísticamente significativos ($p=0,000002$ y $p=0,00007$ respectivamente).

En cuanto a la patología OA, se destaca la ausencia de esta comorbilidad en la mayoría de las pacientes con ECOG Leve (82,8%), y por otro lado en la categoría ECOG Moderado/Severo casi la mitad de las pacientes (47,6%) padecen alguna forma de esta patología. Esta relación es estadísticamente significativa ($p=0,021$).

Considerando los seis tipos de cánceres, apreciamos que las frecuencias de los mismos son similares en ambos subgrupos de ECOG y también respecto a la muestra total, siendo siempre los más frecuentes son cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, no encontrándose asociación entre las variables tipo de cáncer y el ECOG. Tampoco existe relación estadísticamente significativa ($p=0,859$).

Se realizó una subdivisión de los tipos de cánceres con fines prácticos metodológicos, la misma fue en 4 categorías utilizando como criterio la etiopatogenia común de los mismos, agrupando los cánceres de cuello, vagina y vulva por un lado, y mama, endometrio y ovario como otras tres categorías independientes. Se encontró que tampoco existe una asociación estadísticamente significativa entre ésta clasificación y el ECOG ($p=0,743$).

<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia %</i>	<i>IC al 95%</i>
Rango etario	<50	17	34	20,7 – 47,3
	50-65	20	40	28,7 – 56,6
	>65	13	26	14,7 – 38
Nivel educativo	Primaria Incompleta	10	20	10,7 – 34,6
	Primaria Completa	23	46	32 – 65,3
	Secundaria Incompleta	10	20	10 – 31,3
	Secundaria Completa	7	14	2 – 22
Procedencia	Interior	30	60	50-80
	Montevideo	20	40	20-50
Paridad	Ninguno	4	8	0,7 – 17,3
	Menos de 3 hijos	10	20	10 – 32,6
	3 o más hijos	36	72	62 – 87,3
IMC	<18,5	4	8	2-19,3
	18,5 – 25	31	62	48,7- 75,3
	>25	15	30	19,4- 45,3
Tabaquismo	Nunca fumó	26	52	32 – 68,6
	Ex fumadora	9	18	8 – 32
	IPA ≤ 20	9	18	8 – 35,3
	IPA > 20	6	12	4 – 23,3
Antecedentes familiares	No	28	56	40 – 67,3
	Sí	22	44	32,7 – 60
Tipo de cáncer	Mama	11	22	7,4- 32
	Cuello de útero	24	48	33,4- 62
	Endometrio	4	8	2- 17,3
	Ovario	5	10	2- 23,3
	Vulva	5	10	2,7-19.3
	Vagina	1	2	0- 6,6
Estadio	Precoz	22	44	32- 62
	Avanzado	28	56	38- 68
Tratamiento	No recibe	9	18	7,4- 34,6
	RT QT	17	34	20,7- 49.3
	Cirugía	13	26	16- 41,3
	Cirugía RT QT	11	22	7,4- 32,6
Síntomas limitantes	Dolor			
	Si	19	38	22,7- 58,6
	No	31	62	41,4- 77,3
	Astenia			
	Si	24	48	33,4- 61,3
	No	26	52	38,7- 66,6
	Genitorragia			
	Si	12	24	14-36
	No	38	76	64-86
	Disnea			
	Si	1	2	0- 6
	No	49	98	94-100
Comorbilidades	CV			
	Si	23	46	32- 60
	No	27	54	40-68
	Pulmonar			
	Si	3	6	0- 12
	No	47	94	88- 100
	Osteoarticular			
	Si	15	30	18- 44
	No	35	70	56- 82
	Renal			
	Si	4	8	2- 16
	No	46	92	84- 98

Tabla 3 – Frecuencia e Intervalos de Confianza al 95% de las variables analizadas.

ECOG PS

		Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza a 95%	
				Inferior	Superior
Válido	0	25	50,0	38,0	66,6
	1	4	8,0	2,0	15,3
	2	12	24,0	10,7	32,0
	3	8	16,0	6,7	32,6
	4	1	2,0	,0	6,0
	Total	50	100,0	100,0	100,0

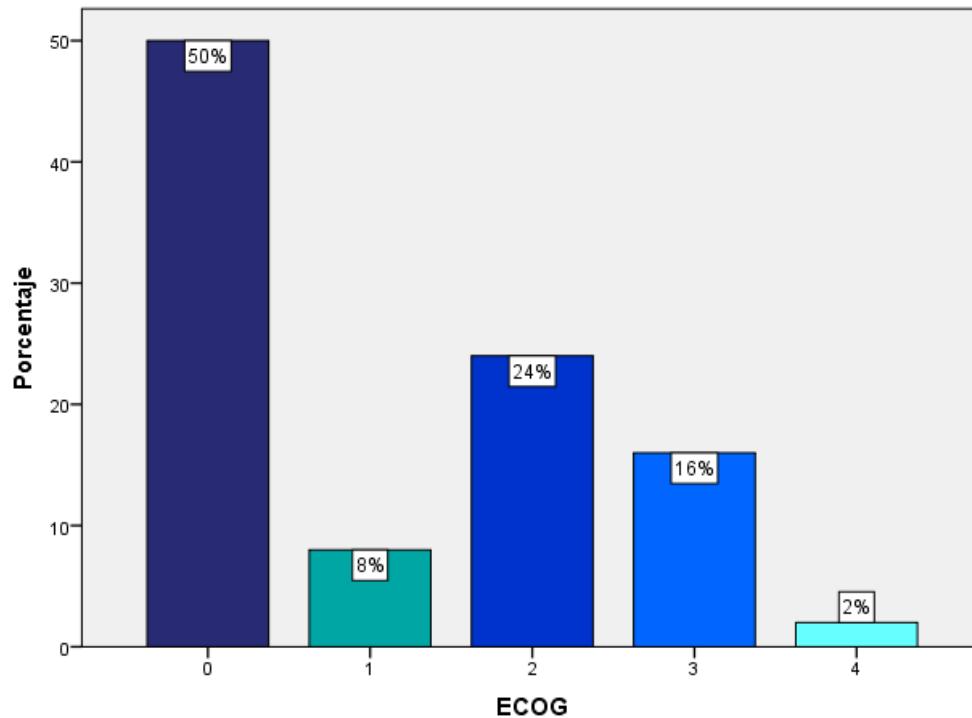


Gráfico 1, Tabla 4 - Categorías de ECOG Performance Status, frecuencia e Intervalos de confianza al 95%

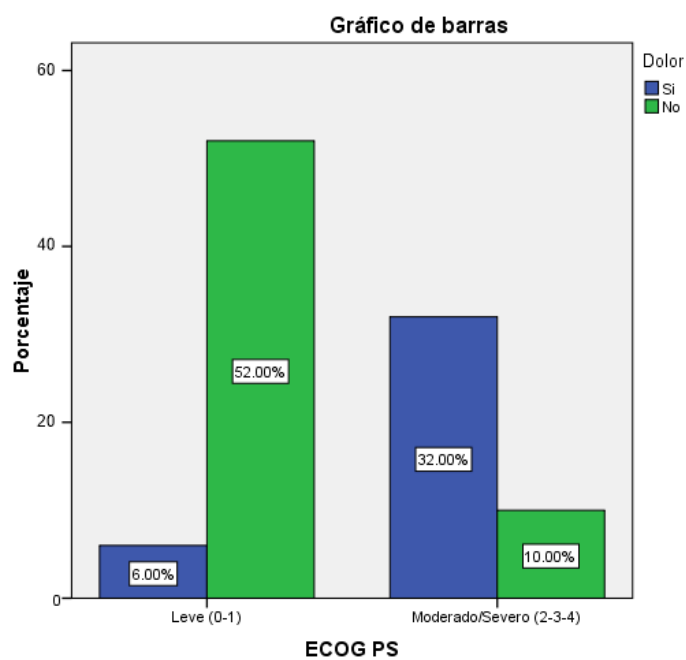


Gráfico 2 - Porcentaje de pacientes con y sin Dolor según subgrupos de ECOG PS

	Estadístico	Intervalo de confianza a 95%	
		Inferior	Superior
Media	56,34	53,03	59,92
Mínimo	37		
Máximo	83		

Tabla 5- Estadísticos para la variable edad

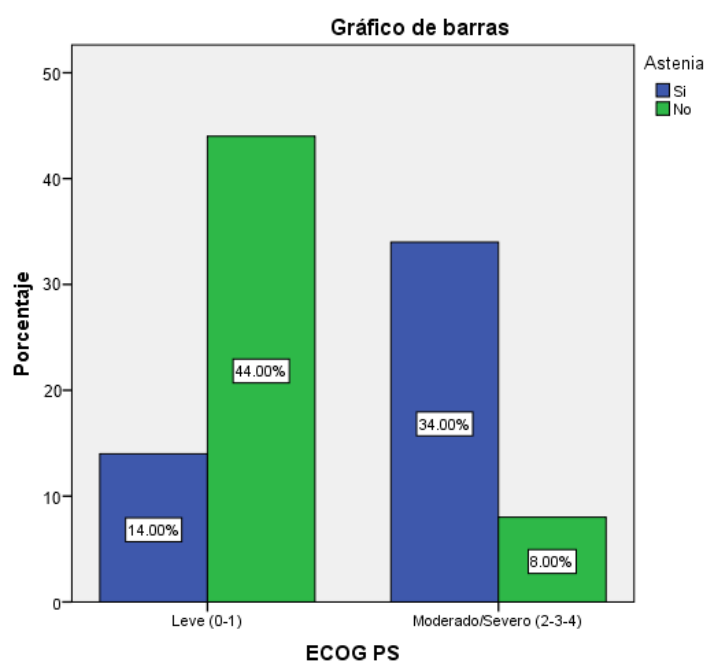


Gráfico 3 – Porcentaje de pacientes con y sin Astenia según subgrupos de ECOG PS

DISCUSIÓN

La presente monografía muestra que la mayoría de las variables consideradas en el presente estudio no se relacionan con significancia estadística con el ECOG PS, sin embargo se aprecian ciertas tendencias.

Se observó que el 58% de las pacientes presentan un ECOG PS de 0 o 1, es decir sin limitaciones o con limitaciones mínimas en las actividades de la vida diaria.

Esto lleva a la interrogante de por qué es tan alto el porcentaje de pacientes internadas con este nivel de PS, una de las razones podría relacionarse con la procedencia de las pacientes de esta muestra. Si bien el CHPR es un centro de referencia en ginecología a nivel nacional, se aprecia que la mayoría de las pacientes provienen del interior del país, lo cual da lugar al planteo de la necesidad de un centro de atención y tratamiento de estas patologías distribuido de forma descentralizada. Sin embargo, la proporción de pacientes procedentes de Montevideo en estas categorías de ECOG PS no fue despreciable, lo que podría llevar a pensar que permanecen internadas por costos del traslado dentro de la ciudad, posibles demoras en las paraclínicas o que presenten dificultades para su seguimiento.

Las pacientes que presentaron ECOG 3–4 alcanzaron un porcentaje acumulado entre ambas de 18%. Esto representa una baja frecuencia en el total de la muestra, y puede en parte deberse a que el hospital cuenta con un servicio de cuidados paliativos que se encarga de la atención domiciliaria de estas pacientes.

Otra apreciación que se hace en el estudio es que la edad promedio de la muestra investigada podría coincidir con la edad del pico de incidencia de los cánceres gineco-mamarios. El rango etario predominante (50-65 años) coincide con este pico de incidencia.

En cuanto a nivel educativo en base a años cursados de educación formal, se destacó que un alto porcentaje de la población de este trabajo (66%) sólo realizó estudios en educación primaria. Esto podría influir negativamente a la hora de realizar prevención primaria y secundaria a nivel poblacional, según la Organización Mundial de la Salud³¹ “la educación y la salud están íntimamente unidos”, haciendo referencia que niñas y mujeres con un mayor nivel educativo y alfabetización “tienen muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos sobre la salud”.

Si bien el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres uruguayas, no se vio reflejado así en la investigación y esto se puede deber a la existencia de otros centros que se dedican al tratamiento de esta patología (Instituto Nacional del Cáncer, Hospital Pasteur). De todas formas

el porcentaje de pacientes pertenecientes a este grupo no fue despreciable, alcanzando el segundo lugar en frecuencia (22%).

En cuanto al cáncer de cuello uterino, fue el más frecuente en esta muestra (48%) lo cual es acorde a la alta prevalencia de este grupo en la población uruguaya, y a diferencia del cáncer de mama el único centro público de referencia a nivel nacional para su tratamiento es el CHPR.

Haciendo referencia al estadio de cáncer de las pacientes, se observó una mayor proporción de estadios tardíos cuando lo ideal sería la captación de estadios precoces de la enfermedad. Esto apunta a una falla en los mecanismos de prevención secundaria que existen al menos para los cánceres más prevalentes, no así para cáncer de ovario y endometrio en el país.

En el mismo sentido se observó que el 56% de las pacientes recibió QT o RT, lo que podría reflejar el bajo número de tumores captados precozmente que podrían haber sido tratados únicamente con cirugía como método curativo, sin requerir neoadyuvancia o adyuvancia.

La relevancia de esta investigación se centra en determinadas asociaciones estadísticamente significativas que se encontraron entre el ECOG y ciertas variables. La primera a definir es con el dolor donde se encontró significancia estadística entre su presencia y la categorización del ECOG como moderado/severo. De la misma forma, las pacientes con PS deteriorado refirieron presencia de astenia, siendo una relación estadísticamente significativa.

Cabe destacar que la astenia está catalogado como el síntoma más frecuente en pacientes con cáncer avanzado siendo el de mayor repercusión en las actividades diarias de las mismas, a menudo infradiagnosticada y por consiguiente infratratada³². Respecto al dolor, algunos estudios reportan que este síntoma afecta en mayor o menor intensidad el desarrollo de actividades de la vida diaria, y en pacientes hospitalizados pueden aumentar su estancia hospitalaria y generar reingresos constantes, repercutiendo negativamente en el paciente así como también en la institución.³³

La presencia de estos síntomas impacta aún más en la limitación de las actividades diarias de estas pacientes, lo cual es importante ya que son las que deberían tener sus síntomas mejor controlados.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como primer objetivo aplicar el ECOG PS en la población de pacientes internadas en el Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi” del CHPR. Este objetivo fue cumplido, resultando esta escala un método fácilmente aplicable y reproducible. Estas características podrían permitir que su uso sea universal.

Se describieron las características de la población en estudio, se analizaron las frecuencias de las distintas categorías del ECOG PS y su relación con distintas variables como la edad, procedencia, estadio, IMC, tratamiento, síntomas limitantes y comorbilidades. Entre estas se observó significancia estadística en la asociación entre ECOG PS con dolor, astenia y patología OA.

Se presentaron como obstáculo en este estudio el poco tiempo asignado para realizarlo, lo que no permitió recabar datos de una muestra lo suficientemente amplia para obtener conclusiones más sólidas basadas en asociaciones estadísticamente significativas. También fue un obstáculo la ausencia de estudios científicos previos sobre ECOG PS aplicados a cáncer ginecológicos.

Como debilidad de esta monografía se encuentra el no haber indagado la pérdida peso relacionada con la enfermedad para evaluar una verdadera repercusión de ésta y haber tenido en cuenta solamente el IMC actual de la paciente. Otra debilidad fue considerar QT y RT en una sola variable, siendo que podrían existir diferencias entre ambas en su repercusión sobre el ECOG PS.

Como fortalezas se encuentran ciertos aspectos de la metodología correctamente determinados como los criterios de inclusión y de exclusión de las participantes, lo que resultó de una muestra reducida con menor posibilidad de sesgos. Se destaca también la constancia diaria en la recolección de datos a fin de optimizar el tiempo asignado.

Cabe destacar que aunque no contamos con estudios previos para comparar nuestros resultados, éste trabajo interesa en perspectiva a poder implementar el ECOG PS de forma sistemática en las historias clínicas de pacientes oncológicos del hospital, y a su continuación a futuro o como modelo para próximas investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Registro Nacional del Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Cáncer de mama en Uruguay. [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2014. Available from: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_357_1.html

² Paiva CE, Siquelli FAF, Santos HA, Costa MM, Massaro DR, Lacerda DC, et al. The Functionality Assessment Flowchart (FAF): a new simple and reliable method to measure performance status with a high percentage of agreement between observers. BMC Cancer [Internet]. BMC Cancer; 2015;15(1):501. Available from: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-015-1526-0>

³ Blagden SP, Charman SC, Sharples LD, Magee LRA, Gilligan D. Performance status score: do patients and their oncologists agree? Br J Cancer [Internet]. 2003;89(6):1022–7. Available from: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sj.bjc.6601231>

⁴ Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. BMC Medical Informatics and Decision Making; 2013;13(1):72. Available from: <http://bmcmeginformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-72>

⁵ Puiggrs C, Lecha M, Rodriguez T, Perez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp. 2009;24(2):156–60.

⁶ Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982 Dec;5(6):649-55.)

⁷ Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. RevEspGeriatrGerontol 2010; 45: 203-12. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-precision-los-criterios-definitorios-pacientes-S0211139X10000363>

⁸ ECOG-ACRIN Cancer Research Group. ECOG Performance Status [Internet]. 2017. Available from: <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>

-
- ⁹ Alonso Barbarro A, González Barón M. Medidas de capacidad funcional. En: Valoración clínica del paciente con cáncer. Editorial Médica Panamericana. Año 2006. P. 1-16
- ¹⁰ Lester S. Mama. En: Cotran, R.S; Kumar, V. y Collins T.: Robbins Patología Estructural y Funcional. 8va edición. Elsevier, año 2010. P-1065-1095
- ¹¹ Nelson Martinez MF. Protocolo de estudio y tratamiento de Cáncer de Mama. Archivos de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2015;7–19. Available from: http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO_53_3_web.pdf
- ¹² Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica de detección temprana de cáncer de mama, tamizaje y diagnóstico precoz [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2015. Report No.: 2º edición. Available from: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Iniciativas sanitarias %28guia deteccion cancer mama%29.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Iniciativas_sanitarias_%28guia_deteccion_cancer_mama%29.pdf)
- ¹³ Rodríguez G, Fazzino M, Larrosa D. Cáncer de Cuello Uterino. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2010. Available from: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_176_1.html
- ¹⁴ Consenso Nacional Inter-Sociedades Sobre Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. Argentina. Agosto 2015. Available from: http://www.socargcancer.org.ar/consensos/2015_inter_soc_cancer_cervix.pdf
- ¹⁵ Ferreiro G. Prevención del cáncer ginecológico y mamario. En: Castillo E. Manual de Ginecología y Obstetricia para pregrados y médicos generales. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2009. P. 319 - 326.
- ¹⁶ Bottaro S, Fernández ML, González F, Nozar MF, Rodríguez K, Rubano L, et al. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero [Internet]. Montevideo, Uruguay. 2014 Available from: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20cuello%20uterino%20MSP%202014_1.pdf
- ¹⁷ Rodríguez G, Barrios E, Vasallo J. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en Uruguay. [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2005. Available from: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_177_1.html

¹⁸ Ponce J, Cortes J. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario [Internet].

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2008. Available from:

<http://www.sego.es/Content/pdf/CervixOncoguia2008.pdf%0A%0A>

¹⁹ Consenso Nacional Inter-Sociedades Sobre Cáncer de Endometrio [Internet]. Argentina,

Junio 2015. Available from:

http://www.socargcancer.org.ar/consensos/2016_inter_soc_cancer_endometrio.pdf

²⁰ Laufer J, Scasso S. Cáncer de Endometrio. Archivos de Ginecología y Obstetricia [Internet].

Montevideo, Uruguay; 2015; 51–61. Available from:

http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO_53_3_web.pdf

²¹ Perez Medina T, San Frutos L BJ. Carcinoma del cuerpo uterino. In: Bajo Arenas JM.

Fundamentos de Ginecología. 1º edición. Madrid, España: Sociedad Española de Ginecología y

Obstetricia; 2009. p. 403–19.

²² Cancer T, Atlas G. Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. Nature

[Internet]. 2013;(53). Available from:

<https://www.nature.com/nature/journal/v497/n7447/pdf/nature12113.pdf>

²³ Taranto F. Protocolo de estudio y tratamiento Cáncer de Ovario. Archivos de Ginecología y

Obstetricia [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2015;20–31. Available from:

[http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO_2015_53\(3\)_web.pdf](http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO_2015_53(3)_web.pdf)

²⁴ Registro Nacional de Cáncer – Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

Cáncer de ovario en Uruguay [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2014. Available from:

http://www.comisioncancer.org.uy/uc_364_1.html

²⁵ Smith CG. A Resident ' s Perspective of Ovarian Cancer. 2017; Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28448435>

²⁶ Bajo JM, Orezans I XJ. Cáncer de ovario. Clínica, diagnóstico y tratamiento. In: Fundamentos de

Ginecología. 1º. Madrid, España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009. p. 463.

-
- ²⁷ Cajal R, García Briz H G-HJ. Clínica, diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario. In: Fundamentos de Ginecología. 1º. Madrid, España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009. p. 433.
- ²⁸ Molero J, Hernandez-Aguado JJ LJ. Carcinoma de la vulva. In: Fundamentos de Ginecología. 1º. Madrid, España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009. p. 347–52.
- ²⁹ Raiza RL, Hernández D, Tamayo TG. Cáncer primario de vagina Vaginal primary cancer. 2010;36(3):469–76. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n3/gin16310.pdf>
- ³⁰ Molero J, Hernandez Aguado JJ LJ. Carcinoma de vagina. In: Fundamentos de Ginecología. 1º. Madrid, España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009. p. 363–366.
- ³¹ Chan M. La educación y la salud están íntimamente unidas [Internet]. Ney York, USA; 2010. Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
- ³² Portela MA, Sanz A, Centeno C. Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes Asthenia in advanced cancer and. 2011; Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011003300113
- ³³ Moreno-monsiv G. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. 2007;(1500):422–7. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n6/original3.pdf>

AGRADECIMIENTOS

A nuestros orientadores la Dra Patricia Papa y el Dr Diego Greif, que tan amablemente nos guiaron y ayudaron. Al personal de las salas de ginecología por las facilidades brindadas para la realización de la presente monografía. Y un agradecimiento muy especial a todas las pacientes que amablemente participaron en nuestro estudio, sin su colaboración no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

ANEXOS

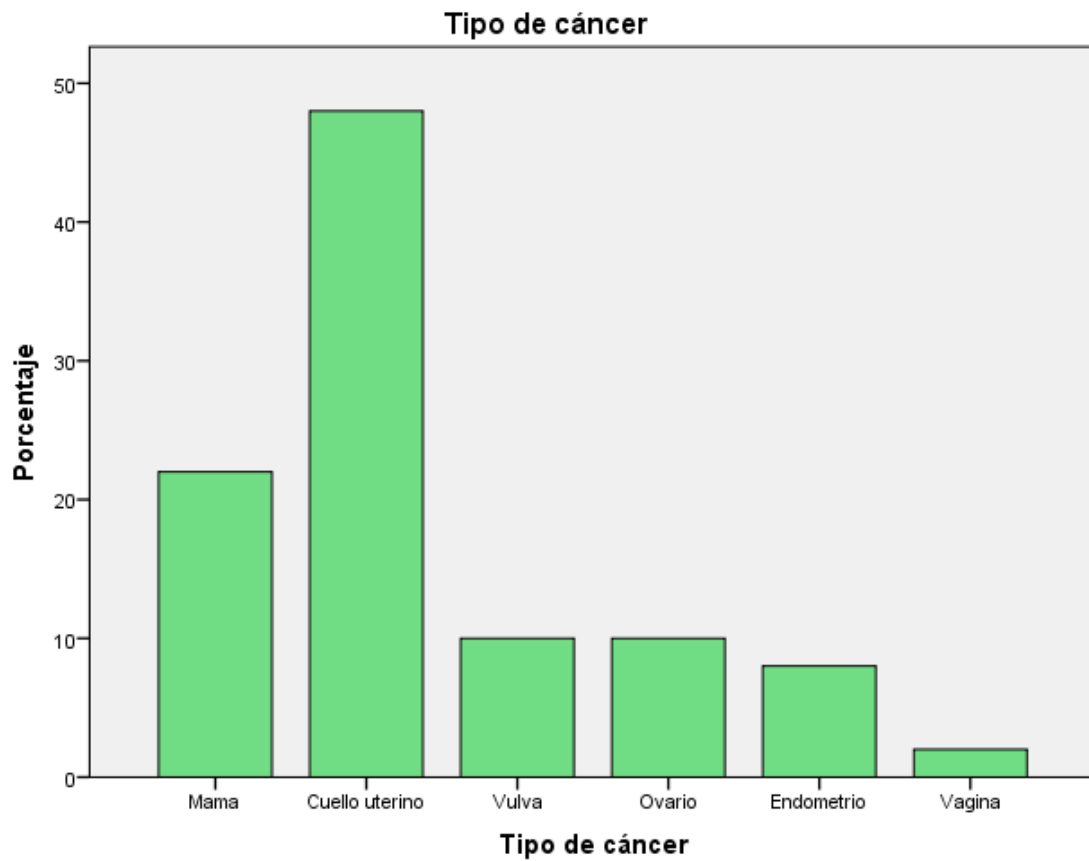


Gráfico 4 – Porcentaje de tipos de cáncer en la muestra

Tabla cruzada ECOG PS*Tipo de cáncer

			Tipo de cáncer						Total
			Mama	Cuello uterino	Vulva	Ovario	Endometrio	Vagina	
ECOG PS	Leve (0-1)	Recuento	6	14	3	2	3	1	29
		% dentro de ECOG PS	20,7%	48,3%	10,3%	6,9%	10,3%	3,4%	100,0%
	Moderado/Severo (2-3-4)	Recuento	5	10	2	3	1	0	21
		% dentro de ECOG PS	23,8%	47,6%	9,5%	14,3%	4,8%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	11	24	5	5	4	1	50	
	% dentro de ECOG PS	22,0%	48,0%	10,0%	10,0%	8,0%	2,0%	100,0%	

Tabla 6 – Recuentos y porcentajes de tipos de cáncer en la muestra según subgrupo de ECOG PS

Tabla cruzada ECOG PS'Rango etario

			Rango etario			Total
			< 50	50-65	> 65	
ECOG PS	Leve (0-1)	Recuento	12	8	9	29
		% dentro de ECOG PS	41,4%	27,6%	31,0%	100,0%
	Moderado/Severo (2-3-4)	Recuento	5	12	4	21
		% dentro de ECOG PS	23,8%	57,1%	19,0%	100,0%
Total		Recuento	17	20	13	50
		% dentro de ECOG PS	34,0%	40,0%	26,0%	100,0%

Tabla 7 – Recuentos y porcentajes de cada Rango Etario según subgrupo de ECOG PS.

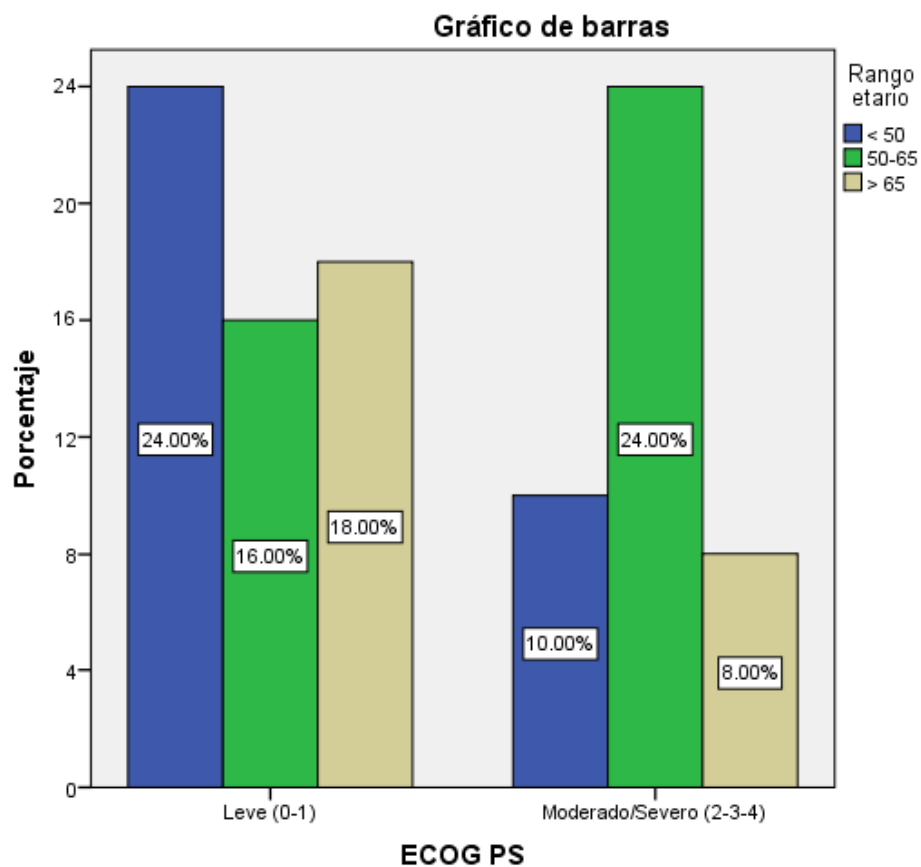


Gráfico 5 – Porcentaje de pacientes por Rango Etario agrupados según ECOG Leve ó Moderado/Severo

Tabla cruzada ECOG PS*Tratamiento

			Tratamiento				Total
			Ninguno	RT/QT	Cirugía	Cirugía y RT/QT	
ECOG PS	Leve (0-1)	Recuento	6	9	9	5	29
		% dentro de ECOG PS	20,7%	31,0%	31,0%	17,2%	100,0%
	Moderado/Severo (2-3-4)	Recuento	3	8	4	6	21
		% dentro de ECOG PS	14,3%	38,1%	19,0%	28,6%	100,0%
Total	Recuento	9	17	13	11	50	
	% dentro de ECOG PS	18,0%	34,0%	26,0%	22,0%	100,0%	

Tabla 8 – Recuentos y porcentajes por Tratamiento recibido según subgrupo de ECOG PS.

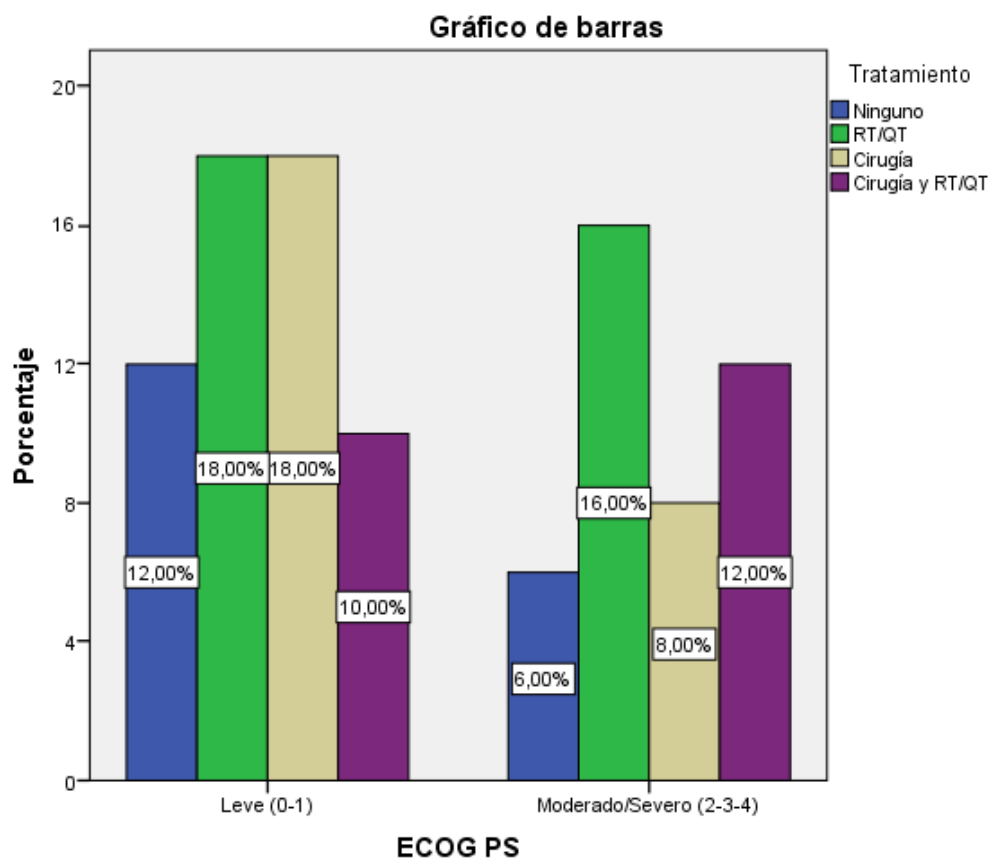


Gráfico 6 – Porcentaje de pacientes según ECOG PS y Tratamiento Recibido

Tabla cruzada ECOG PS*Procedencia

			Procedencia		Total
			Montevideo	Interior	
ECOG PS	Leve (0-1)	Recuento	12	17	29
		% dentro de ECOG PS	41,4%	58,6%	100,0%
	Moderado/Severo (2-3-4)	Recuento	8	13	21
		% dentro de ECOG PS	38,1%	61,9%	100,0%
Total		Recuento	20	30	50
		% dentro de ECOG PS	40,0%	60,0%	100,0%

Tabla 9 – Recuentos y porcentaje de Procedencia de Interior o Montevideo según subgrupo de ECOG PS.

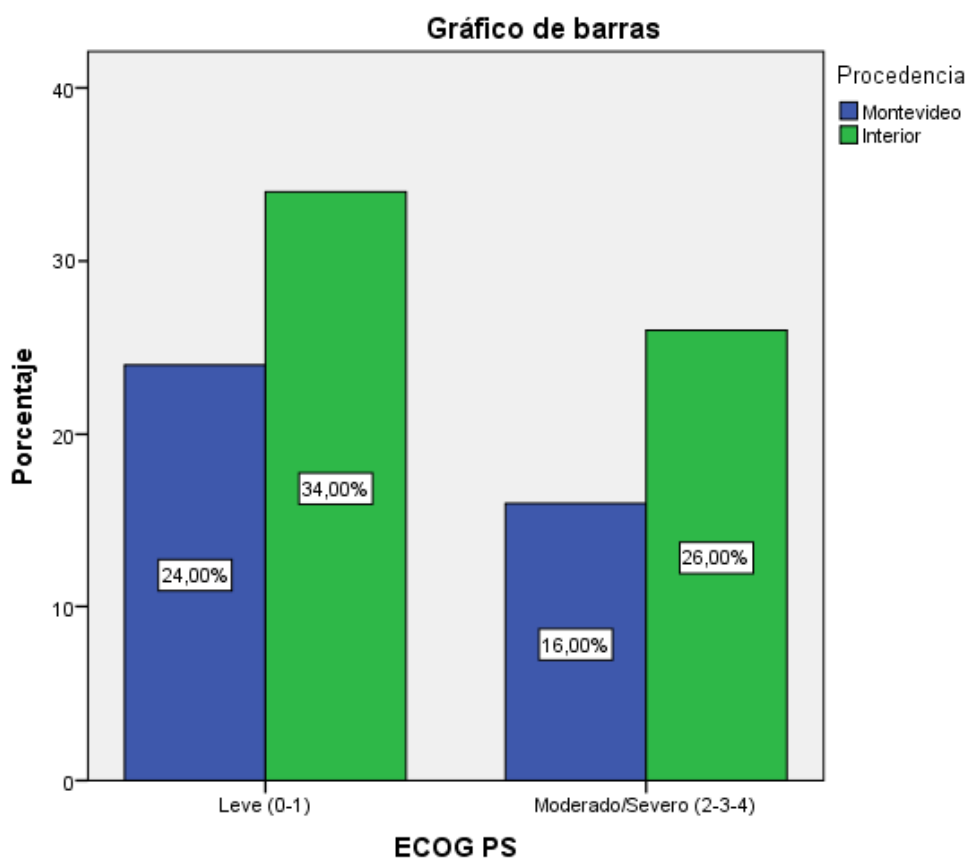


Gráfico 7 – Porcentaje pacientes procedentes del Interior y Montevideo agrupadas por ECOG leve o moderado/severo

Tabla cruzada ECOG PS*Estadio					
			Estadio		Total
			Precoz	Tardio	
ECOG PS	Leve (0-1)	Recuento	15	14	29
		% dentro de ECOG PS	51,7%	48,3%	100,0%
	Moderado/Severo (2-3-4)	Recuento	7	14	21
		% dentro de ECOG PS	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	22	28	50
		% dentro de ECOG PS	44,0%	56,0%	100,0%

Tabla 10 – Recuentos y porcentajes de Estadio precoz o tardío según subgrupo de ECOG PS.

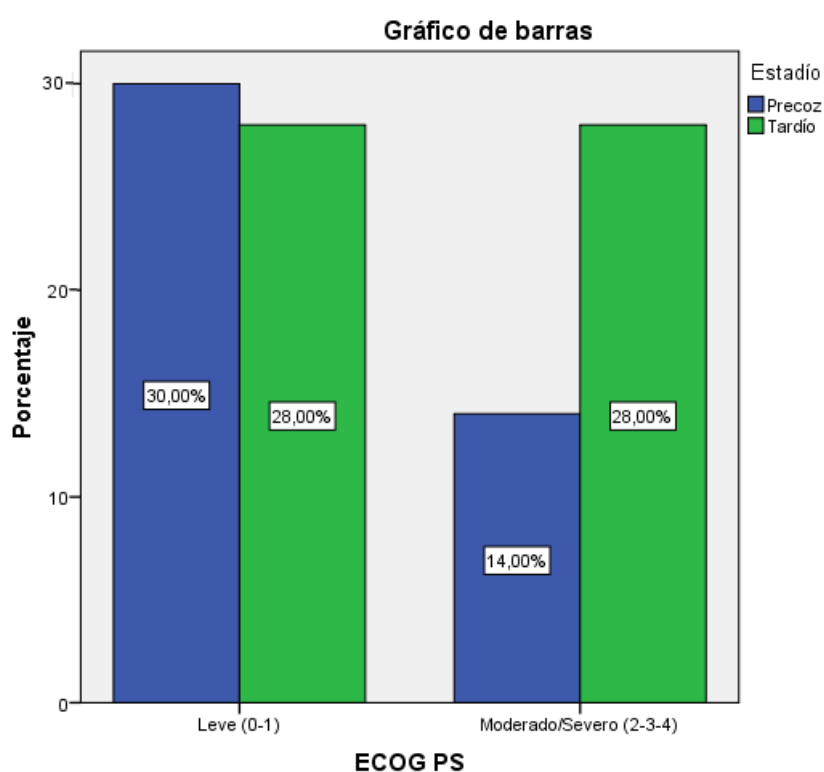


Gráfico 8 – Porcentaje pacientes con Estadio precoz o tardío agrupadas por ECOG leve o moderado/severo

Tabla cruzada ECOG PS*IMC

			IMC			Total
			menor 18,5	18,5- 25	Mayor a 25	
ECOG PS	Leve (0-1)	Recuento	1	18	10	29
		% dentro de ECOG PS	3,4%	62,1%	34,5%	100,0%
	Moderado/Severo (2-3-4)	Recuento	3	13	5	21
		% dentro de ECOG PS	14,3%	61,9%	23,8%	100,0%
Total		Recuento	4	31	15	50
		% dentro de ECOG PS	8,0%	62,0%	30,0%	100,0%

Tabla 11 – Recuentos y porcentajes de categorías de Índice e Masa Corporal según subgrupo de ECOG PS.

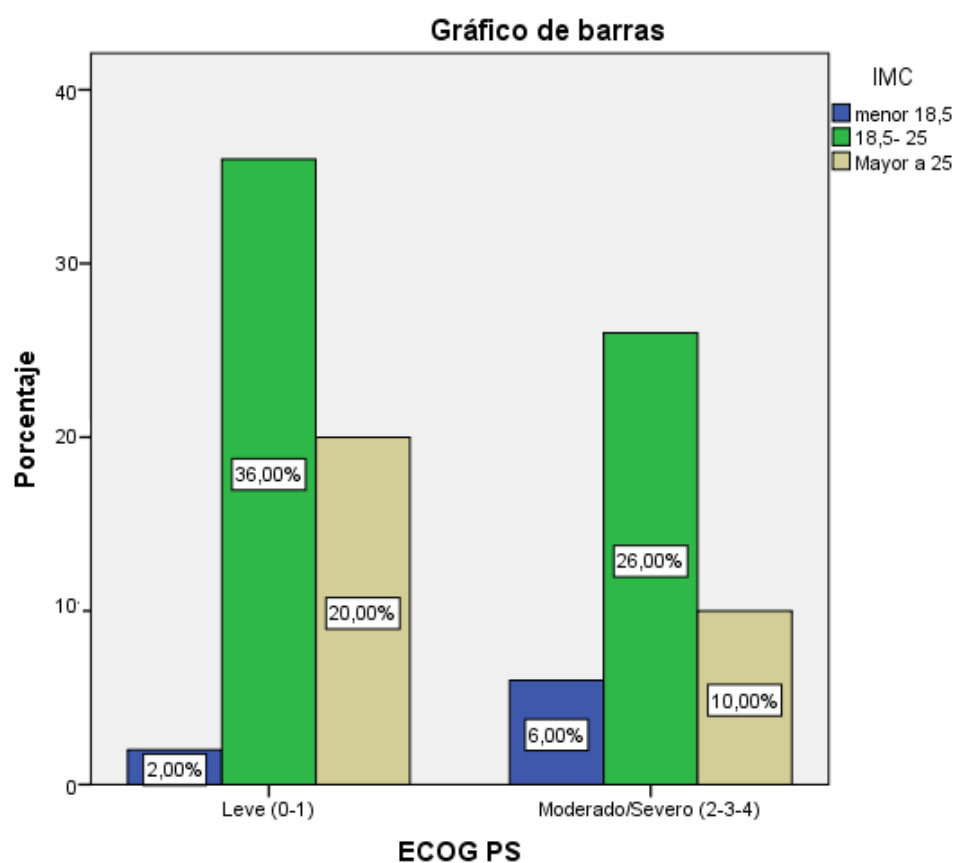


Gráfico 9 – Porcentaje de pacientes según Índice de Masa Corporal y ECOG PS