CONTRIBUCIÓN DEL REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES AL CONOCIMIENTO DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX Y ENDOMETRIO

Inmaculada ramirez Moreno
Alfredo Matilla Vicente
MÁLAGA, 2006

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia y mortalidad por cáncer (OMS)

- 6.000.000 casos nuevos/ año
- 4.000.000 mueren por esta enfermedad

  (1 de 5 personas)
- En España: 150.000 casos nuevos de cáncer

90.000 **60.000**

- Tumores tracto genital femenino:

  13% de cánceres en

Mortalidad en Andalucía por Cáncer de Útero (1999)

- 8,1 por 100.000

EPIDEMIOLOGÍA
Carcinoma de Cérvix

- A nivel mundial: tumor más frecuente tracto genital femenino
  11,6% del total de cánceres de la (González el al., 2005)
- El carcinoma cervical está entre las 5 causas de muerte más frecuentes por cáncer en la mujer
- El 80% de los carcinomas invasivos son escamosos.
- **España**

  Tumores genitales femeninos:

Cáncer cervical	4,5%
Cáncer endometrio	6,7%
Cáncer ovario	4,7% (Xercavins Y et al., 2002)

  Baja incidencia 8,1 casos por 100.000 /año (Vicente el al., 2003; Black et al.,2000)

  Año 2002: 13.000 nuevos casos y 4.100 muertes (Cabero G et al., 2003)

- **Málaga** (1999-2000) R Poblacional: 5.011 tumores malignos en mujeres

  199 tumores de cérvix Tasa= 6,9 por 100.000 (Calbo et al., 2002)

EPIDEMIOLOGÍA
Carcinoma de Endometrio

- Neoplasia genital femenina más frecuente actualmente,
  40% +frecuente que el cáncer de ovario
  50% +frecuente que el cáncer de cuello (García M et al., 2003)

- 7% de los tumores en la mujer (Smith el al., 2003)

Incidencia

Europa **10** por 100.000

España **8** por 100.000

Málaga **11,9** por 100.000 (Calbo et al., 2002)

Mortalidad

España **9,2** por 100.000 /año

Andalucía (1999) **8,1** por 100.000

FACTORES CAUSALES

CARCINOMA DE CÉRVIX	CARCINOMA DE ENDOMETRIO
• Infección por Papilomavirus (HPV) • Comportamiento sexual • Factores sociodemográficos • Raza • Compañero sexual con historia de promiscuidad • Factores reproductivos y menstruales • Prácticas de planificación familiar • Tabaco • Factores dietéticos • Etiología viral • Inmunodepresión	• Obesidad • Menarquia precoz • Menopausia tardía • Terapia Hormonal Sustitutiva • Administración prolongada de Tamoxifeno • Contraceptivos Hormonales • Características reproductivas • Alcohol • Otros: disfunción tiroidea, diabetes mellitus, hipertensión • Protoncogenes

LESIONES PRECURSORAS
Carcinoma de Cérvix

COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Término	HPV: Categoría de riesgo	CIN	Displasia/CIS	SIL
Condiloma exofítico	Bajo riesgo			LGSIL
Papiloma escamoso	Bajo riesgo			LGSIL
Condiloma plano	Bajo y alto riesgo			LGSIL
CIN 1	Bajo y alto riesgo	Bajo grado CIN	Displasia leve	LGSIL
CIN 2	Alto riesgo	Alto grado CIN	Displasia moderada	HGSIL
CIN 3	Alto riesgo	Alto grado CIN	Displasia severa	HGSIL

LESIONES PRECURSORAS
Carcinoma de Endometrio

	Atipia Citológica	Patrón arquitectural	Progresión a Ca Endometrio
Hiperplasia simple	-	Regular	1%
Hiperplasia compleja	-	Irregular, glándulas agrupadas y yuxtapuestas	3%
Hiperplasia simple	+	Regular	8%
Hiperplasia compleja	+	Irregular, glándulas agrupadas y yuxtapuestas	29%

OMS, 1994

Kurman

CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA

CARCINOMA DE CÉRVIX

Tumores epiteliales
Carcinoma de células escamosas (80%) Queratinizante y no queratizante, Basaloide, Verrugoso, Papilar, Linfoepitelial **Adenocarcinoma** (20-25%) Mucinoso, Endometroide, de células claras, Seroso, Mesonéfrico **Otros tumores epiteliales** (5-25%) Carcinoma (adenoescamoso, de células vítreas, adenoide quístico, adenoide basal) Carcinoide (de células pequeñas y grandes, atípico). Carcinoma indiferenciado
Tumores del tejido mesenquimal
Leiomiosarcoma, Sarcoma del estroma endometrial, Sarcoma indiferenciado, Rabdomiosarcoma embrionario, Sarcoma alveolar, Angiosarcoma
Mixtos
Carcinosarcoma, Adenocarcinoma, Tumor de Wilms
Otros
Leucemias, Linfomas, Melanomas, Tumor del saco embrionario

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Adenocarcinoma
Endometroide (75-80%) *Adenoacantoma o con difrerenciación escamosa* *Velloso* *Secretor* *De células cliliares* **Mucinoso** (10%) **Seroso** (1,1-10%) **Carcinoma de células claras** (1-5%) **Carcinoma de células mixtas** **Carcinoma escamoso** **Carcinoma de células transicionales** **Indiferenciado**
Sarcomas
Sarcoma del estroma endometrial Indiferenciado (<2%)

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO
Carcinoma de Cérvix

CLÍNICA

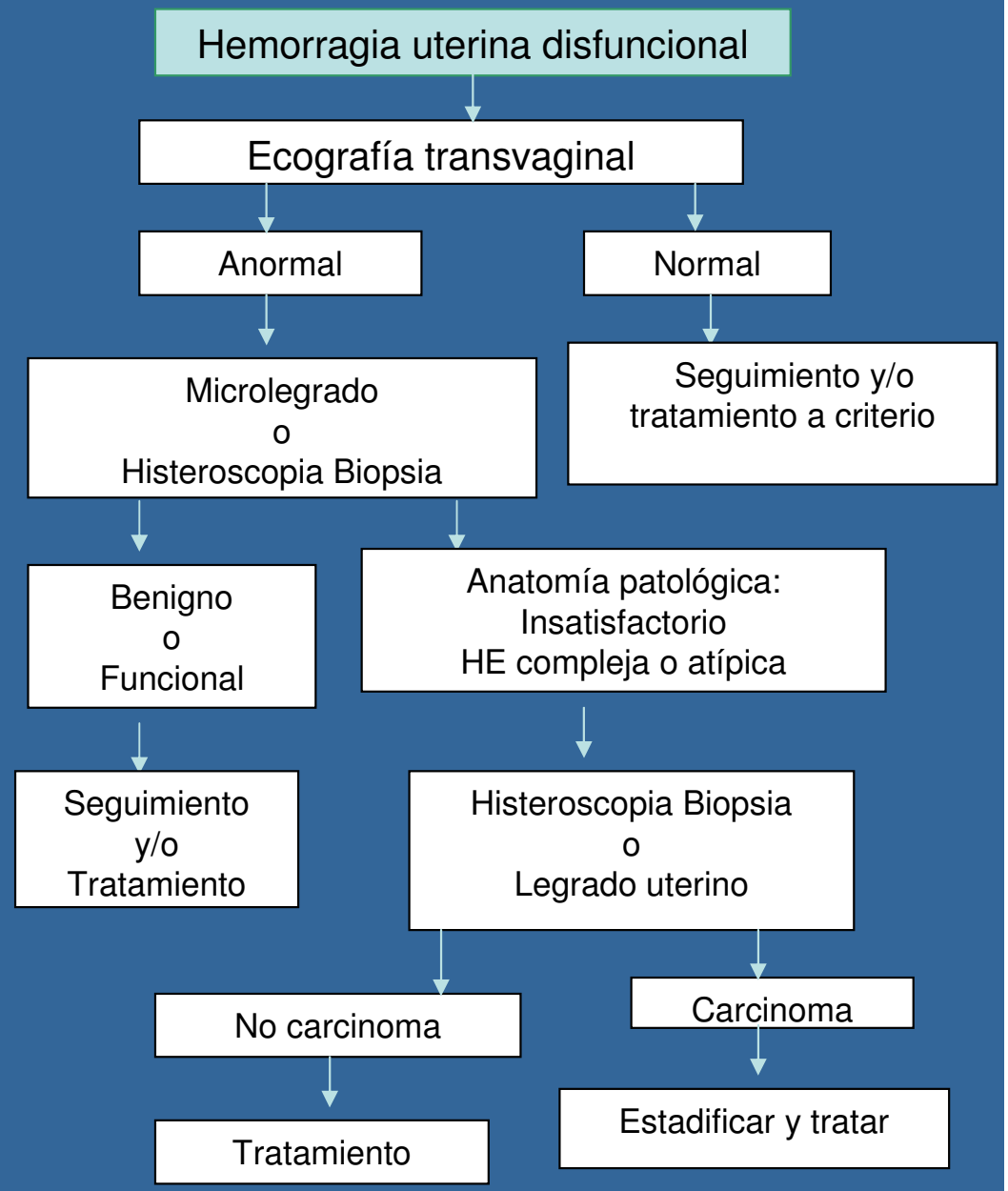
ETAPA PRECOZ DE LA ENFERMEDAD	**Asintomática**
ULCERACIÓN VISIBLE	**Metrorragias** **Sangrado postcoital** **Sangrado tras higiene**
Estadio avanzado	**Dolor pélvico o sacro** **Disuria** **Hematuria** **Rectorragia** **Estreñimiento** **Bloqueo linfático o venoso** **Hidronefrosis** **Vómitos, astenia, anorexia**

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Aceptados por la FIGO	No aceptados por la FIGO
Exploración clínica Palpación de g. linfáticos Exploración genital Exploración bajo anestesia **Otros procedimientos** Citología Colposcopia Biopsia Conización Legrado endocervical Histeroscopia Cistoscopia Rectoscopia **Estudios radiológicos** Urografía intravenosa Enema opaco Radiografía de tórax Radiografía ósea	TAC RMN Linfangiografía Ecografía Gammagrafía PET Laparoscopia

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO
Carcinoma de Endometrio

ETAPA PRECOZ DE LA ENFERMEDAD	**Asintomática**
APARICIÓN DEL SÍNTOMA CLÍNICO MÁS FRECUENTE	**Hemorragia vaginal**
Estadio avanzado	**Dolor** **Compresión vesical** **Hemorragia anal** **Metástasis: Pulmón, hígado, hueso**



TRATAMIENTO POR ESTADIOS
Carcinoma de Cérvix

HSIL y Estadio 0	Conización cervical
Estadio I A1	Conización cervical Histerectomía Total Extrafascial Histerectomía Radical
Estadio I A2	Histerectomía Abdominal Radical
Estadio I B y II A	Histerectomía Radical Radioterapia Pre y/o Postoperatoria Quimioterapia
Estadio II B, III y IV A	Radioterapia y Quimioterapia
Estadio IV B	Radioterapia y Quimioterapia

TRATAMIENTO POR ESTADIOS
Carcinoma de Endometrio

Estadio I	Histerectomía abdominal y Salpingooforectomía bilateral Extracción ganglios linfáticos seleccionados
Estadio II	Radioterapia preoperatoria intracavitaria Histerectomía y Salpingooforectomía bilateral Biopsia ganglios paraaórticos
Estadio III	Radioterapia preoperatoria Histerectomía abdominal radical Radioterapia postoperatoria si resultan positivos ganglios linfáticos y anexos
Estadio IV	Paliativo

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ
Carcinoma de Cérvix

PREVENCIÓN PRIMARIA	Educación social y sanitaria Vacunas profilácticas
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Citología cervicovaginal Detección HPV Sobreexpresión de p16 Detección ganancia de 3q
RECOMENDACIONES DE CRIBADO SEGO	Toma citológica anual desde inicio relaciones sexuales o a partir de los 25 años de edad. Anualmente durante 3 años, si el resultado es negativo y no existen factores de riesgo, realizar cada 2 años

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ
Carcinoma de Endometrio

PREVENCIÓN PRIMARIA	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO Obesidad Diabetes Hipertensión arterial
PREVENCIÓN SECUNDARIA	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL en mujeres asintomáticas HISTEROSCOPIA O LEGRADO UTERINO en mujeres con hemorragia uterina anormal

FACTORES PRONÓSTICOS
Carcinoma de Cérvix

Factores pronósticos	Dependientes del tumor	Dependientes del paciente	Relacionados del entorno
Esenciales	Estadio Tamaño Tipo histológico Metástasis	Estado del paciente	
Adicionales	Profundidad de invasión estromal Invasión linfática Extensión a los parametrios Afectación de la pared pélvica	Hemoglobina	Tiempo y dosis de radioterapia Braquiterapia Cisplatino concomitante
Nuevos y prometedores	p16 Infección por HPV 16 y 18 Angiogénesis tumoral		

FACTORES PRONÓSTICOS
Carcinoma de Endometrio

ESENCIALES

- Estadio clínico-patológico
- Grado y tipo histológico
- Profundidad de invasión miometrial
- Invasión vascular
- Afectación Cervical
- Metástasis anexiales

OTROS

- Receptores hormonales
- Oncogenes tumorales y genes oncosupresores
- Expresión de la proteína p53
- Oncogen k-ras
- C-erb-b2 y c-myc
- Factor de proliferación ki-67 (Mib-1)
- Ploidía de DNA y ciclo celular
- Angiogénesis tumoral

REGISTRO DE TUMORES

"Proceso de recogida continuada sistemática y exhaustiva de datos sobre la incidencia y características de neoplasias notificables con el objetivo de ayudar a evaluar y controlar el impacto de las enfermedades malignas en la comunidad"

(Jensen et al., 1991 y 1995)

Registro de Cáncer de Base Poblacional
Registros Centrales de Cáncer
Registros Regionales o Nacionales
Registro Monográfico
Registro de Mortalidad

Registro Hospitalario de Tumores

REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar una base de datos de casos oncológicos en un centro asistencial.
- Indicar números diagnósticos/año y frecuencias relativas de cáncer.
- Realizar estudios de supervivencia y factores pronósticos.
- Evaluar la calidad asistencial.
- Participar en ensayos clínicos, terapéuticos y epidemiológicos.
- Educación de los profesionales.
- Soporte administrativo del Hospital.

REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

Utilidades

Clínicas:

- Descriptiva: Edad, sexo, profesión, localización tumoral e histología
- Analítica: Extensión, estadificación, terapéutica, superv. y fact. pron.
- Ensayos clínicos

Asistenciales:

- Volumen asistencial
- Grado de cobertura asistencial
- Soporte organizativo-administrativo
- Evaluación del nivel asistencial sanitario
- Estudio demoras: Consulta, Diagnóstica y Terapéutica
- Evaluación de los resultados del tratamiento
- Estudios de supervivencia según localización, sexo, extensión, histología...

Epidemiológicas:

- Encuestas
- Estudios casos-control
- Colaboración con el registro poblacional

PLANTEAMIENTO DEL TEMA
Objetivos

- Estudio retrospectivo de casos de CC y CE (1993 y 1999) del HCUM:
  - Nº de casos/año
  - Frecuencias de parámetros clínico-patológicos.
- Estudio de supervivencia (tras 9 años de seguimiento).
- Calidad asistencial (demoras de consulta, diagnóstica y terapéutica).

MATERIAL Y MÉTODO
Pacientes

331 CASOS

Diagnosticados y/o tratados

(1 enero de 1993 al 31 de diciembre de 1999)

184 C. cérvix

141 C. endometrio

CIRCUITO DE INFORMACIÓN EN UN REGISTRO DE TUMORES

FUENTES DE INFORMACIÓN

S. de Anatomía Patológica
S. de Documentación Clínica

LISTADOS DE POSIBLES CASOS

Datos de identificación del paciente:

Nº de registro. Año de registro. Fuentes de información. Nº de historia clínica. DNI. Nº de Seguridad Social. Apellidos y nombre. Edad. Teléfono. Familiar y teléfono del mismo. Nº de hijos, edad menarquia y menopausia y nº de abortos.

Datos relativos al tumor:

Fecha del primer síntoma. Fecha de la primera consulta. Fecha primera sospecha diagnóstica. Fecha del primer tratamiento. Fecha primera visita al HCUM. Extensión al diagnóstico. Localización de metástasis. Tipo histológico. Estadio FIGO. Tratamiento desarrollado.

Datos de seguimiento:

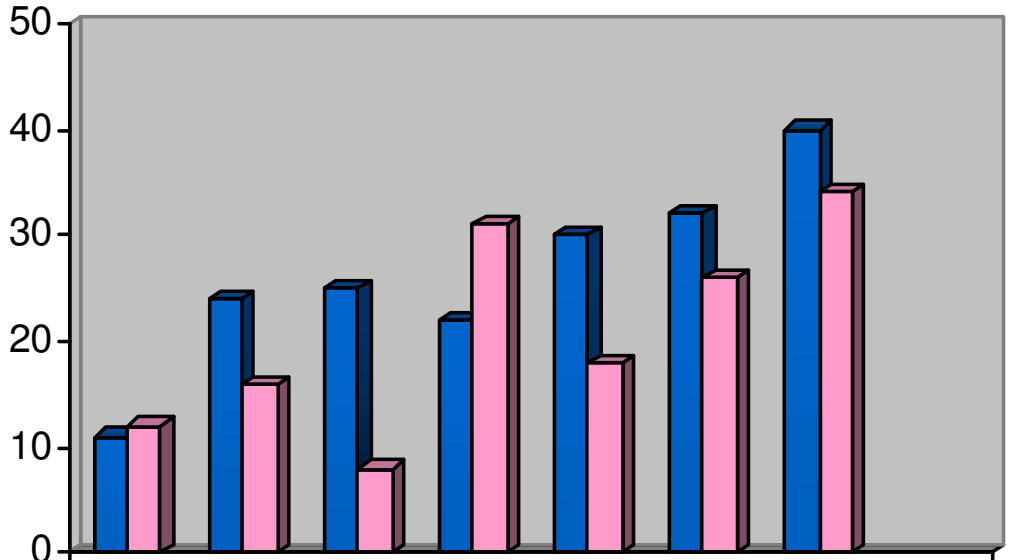
Fecha último contacto. Fecha revisión. Estado último control. Fecha fallecimiento. Supervivencia.

BASE DE DATOS DEL REGISTRO

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Casos Registrados

España Ca Cérvix ↓
(Lanzón Lacruz et al.,2003)

Ca Cérvix Estadio avanzado ↑
Adenocarcinoma ↑
(Brun el al., 2003)



	93	94	95	96	97	98	99	
Cérvix	11	24	25	22	30	32	40	184
Endometrio	12	16	8	31	18	26	34	145

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Casos Registrados. Relación con otros tumores

Año	Total casos	Localización	Nº casos	% *	%**
1993	1.113	Cérvix	11	2.2	0.8
		Endometrio	12	2.2	0.8
1994	920	Cérvix	24	6.5	2.7
		Endometrio	16	4.4	1.8
		Cérvix	2,7%		
		Endometrio	5,1%		
		Cérvix	2,6%		
		Endometrio	3,6%		
1997	1.760	Cérvix	30	6.7	1.7
		Endometrio	18	2.1	1.6
1998	1.887	Cérvix	32	3.7	1.6
		Endometrio	26	0.3	1.3
1999	2.014	Cérvix	40	6.9	2.0
		Endometrio	34	3.9	1.7

. 12 Octubre, 2000

omunidad Madrid, 1998

Año 1993
Ca Cérvix

2,2% tumores en
0,8% total tumores

Ca Endometrio

2,2% tumores en
0,8% total tumores

Año 1999
Ca Cérvix

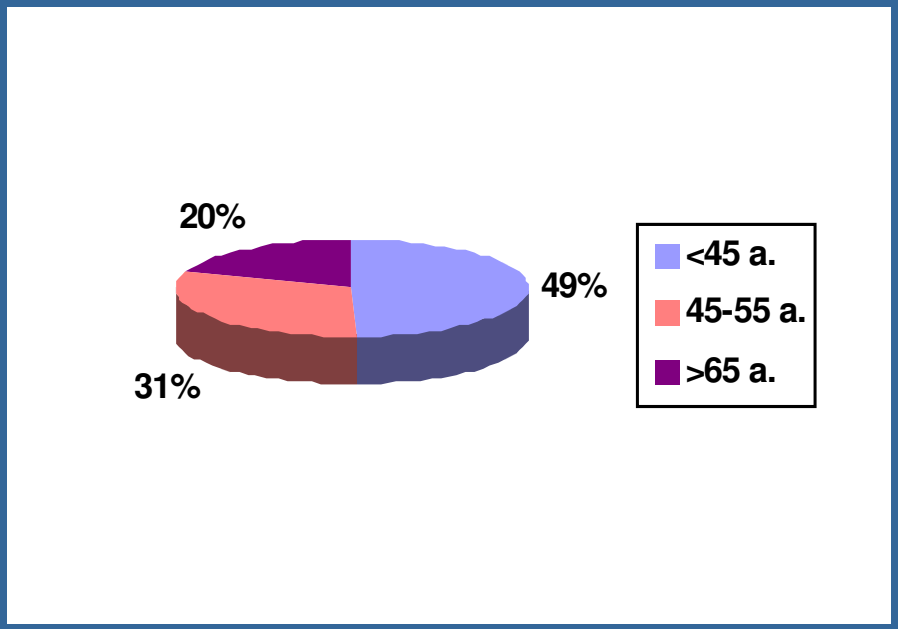
6,2% tumores en
2,2% total tumores

Ca Endometrio

3,9% tumores en
1,7% total tumores

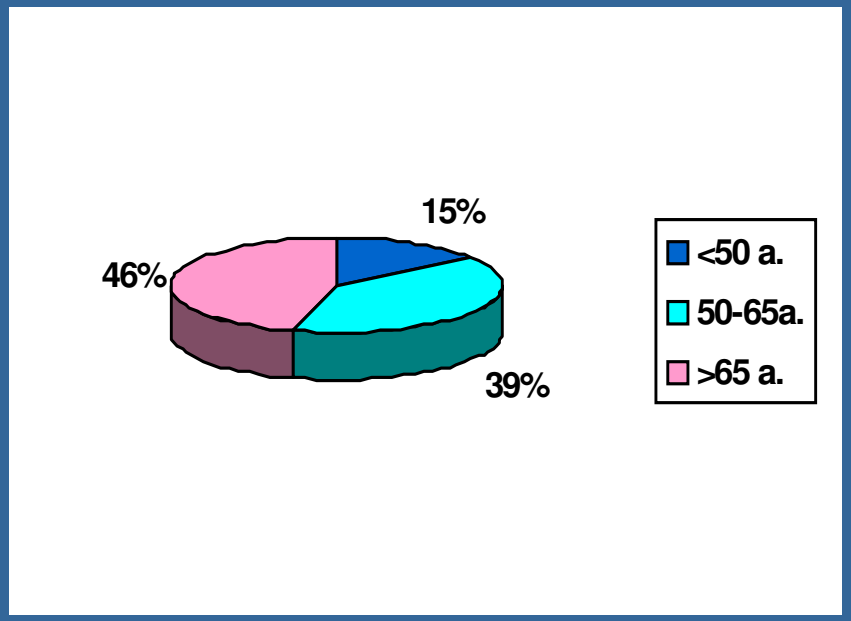
ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Distribución de casos según grupos de edad

Ca de Cérvix



Edad media 46 años

Ca de endometrio



Edad media 63,5 años

Edad media 46,08 años
González-Merlo et al., 1997
Brun et al., 2003
Steiner et al., 2003
Hurtado et al., 2004
Shinohara et al., 2004

EDAD MEDIA

63,2 años Mariani et al., 2000
64,6 años Steiner et al., 2003
64 años SEGO. Ibáñez et al., 1999

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL

Distribución casos según la vida fértil de las pacientes

	Localización	Nº casos	Rango	Media	DT
Edad menarquia	Cérvix	140	10-17	**12,6**	1,3
	Endometrio	97	9-17	**10.7**	
Hijos	Cérvix	165	1-16	**2,6**	2,0
	Endometrio	124	1-9	**2,5**	3.0
Abortos	Cérvix	184	0-9	**0,6**	1,1
	Endometrio	121	0-6	**0,5**	1.1
Edad menopausia	Cérvix	125	30-59	**47,5**	3,9
	Endometrio	111	37-63	**49,3**	3,6

D.T.: Desviación típica

CA ENDOMETRIO
Menarquia 13,08 años
Menopausia 50,23 años
Paridad media 2,11 hijos
SEGO. Ibáñez et al., 1999

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Tipos Histológicos principales

Ca. Cérvix		Ca. Endometrio	
Tipo histológico	**Nº casos (%)**	**Tipo histológico**	**Nº casos (%)**
Carcinoma SAI	• 21 (11.4)	Carcinoma SAI	• 4 (2.8)
Carcinoma in situ	• 96 (52.2)	Adenocarcinoma	• 118 (81.4)
Ca. escamoso	• 53 (28.8)	Adenoc. Papilar	• 9 (6.2)
Ca. células pequeñas	• 1 (0.5)	Adenoc. Cel. claras	• 2 (1.4)
Adenocarcinoma	• 12 (6.5)	Endometroide	• 4 (2.8)
Leiomiosarcoma	• 1 (0.5)	Adenoescamoso	• 7 (4.9)
		Sarcoma	• 1 (0.7)

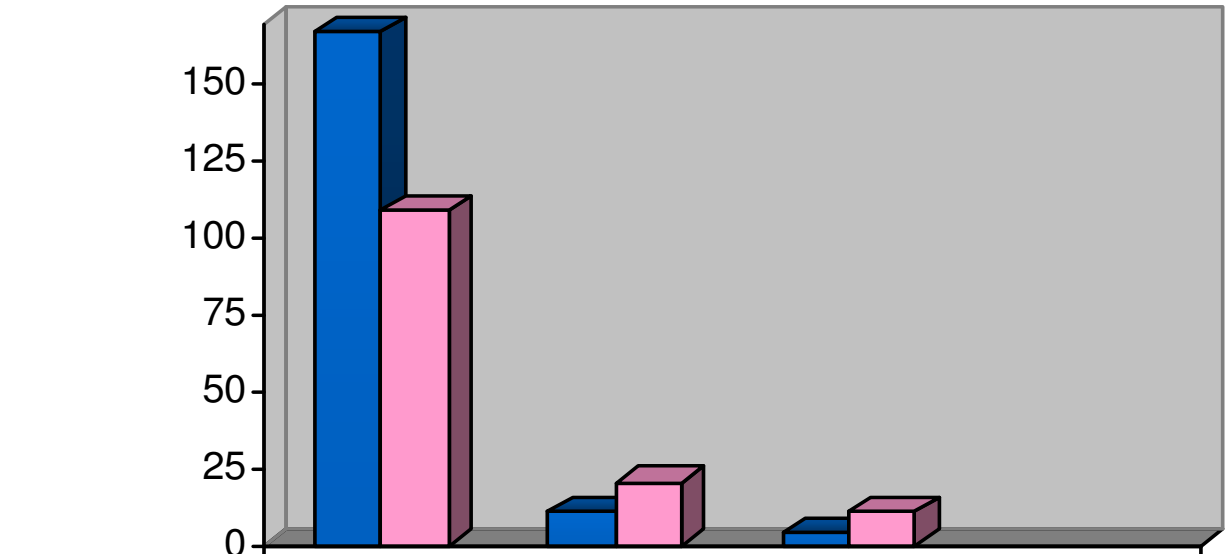
Tumores in situ ↑
Tumores invasivos ↓
(Brun et al., 2003)

Tumores invasivos
Ca escamoso >frecuencia
Adenocarcinoma <frecuencia
(Shinohara et al., 2004)

Resultados superponibles

Ibáñez et al., 1999
Mariani et al., 2000
Steiner et al., 2003

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Extensión de la enfermedad



	Local	Regional	Distancia
Cérvix	167	11	4
Endometrio	109	21	11

>frec. Ext. Local
78,5% Ca Cérvix
75,2% Ca Endometrio

Cérvix
78,5% ext. Local
2,2% Metástasis a distancia
González-Merlo et al., 1997
Vicente et al., 2003

En el momento del diagnóstico

Endometrio

86% ext. Local
Ibáñez et al., 1999

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Estadio tumoral según FIGO

Cérvix		**Endometrio**	
FIGO	**Nº casos (%)**	**FIGO**	**Nº casos (%)**
Estadio 0	**96 (52.2)**	***Estadio 0***	-
Estadio I	**37 (20.1)**	***Estadio I***	**101 (69.7)**
I	18 (9.8)	I	25 (17.2)
IA	3 (1.6)	IA	10 (6.9)
IB	13 (7.1)	IB	33 (22.8)
		IC	33 (22.8)
Estadio II	**34 (18.5)**	***Estadio II***	**19 (13.1)**
II	15 (8.2)	II	6 (4.4)
IIA	8 (4.3)	IIA	9 (6.2)
IIB	11 (6.0)	IIB	4 (2.8)
Estadio III	**11 (5.9)**	***Estadio III***	**13 (9)**
III	2 (1.1)	III	4 (2.8)
IIIA	1 (0.5)	IIIA	6 (4.1)
IIIB	8 (4.3)	IIIB	2 (1.4)
		IIIC	1 (0.7)
Estadio IV	**4 (2.1)**	***Estadio IV***	**11 (7.6)**
IV	3 (1.6)	IV	-
IVA	-	IVA	-
IVB	1 (0.5)	IVB	11 (7.6)

Ca Cérvix
Estadio 0 52,2% casos

Ca Endometrio
Estadio I 69,7% casos

ESTUDIO DESCRIPTIVO GENERAL
Tratamiento aplicado

	Cá. cérvix		Cá. endometrio	
Tratamiento Aplicado	**Nº casos**	**Porcentaje %**	**Nº casos**	**Porcentaje %**
Cirugía	**128**	69.6	**95**	65.5
Radioterapia	7	3.8	1	0.7
Quimioterapia	2	1.1	-	-
Cirugía + Rxt	14	7.6	18	12.4
Cirugía + QT	**17**	9.2	**22**	15.5
Cirugía + QT + Rx	3	1.6	-	-

Cirugía
Ca Cérvix 69,6%
Ca Endometrio 65,5%

ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA

Revisiones anuales en el cáncer de cérvix

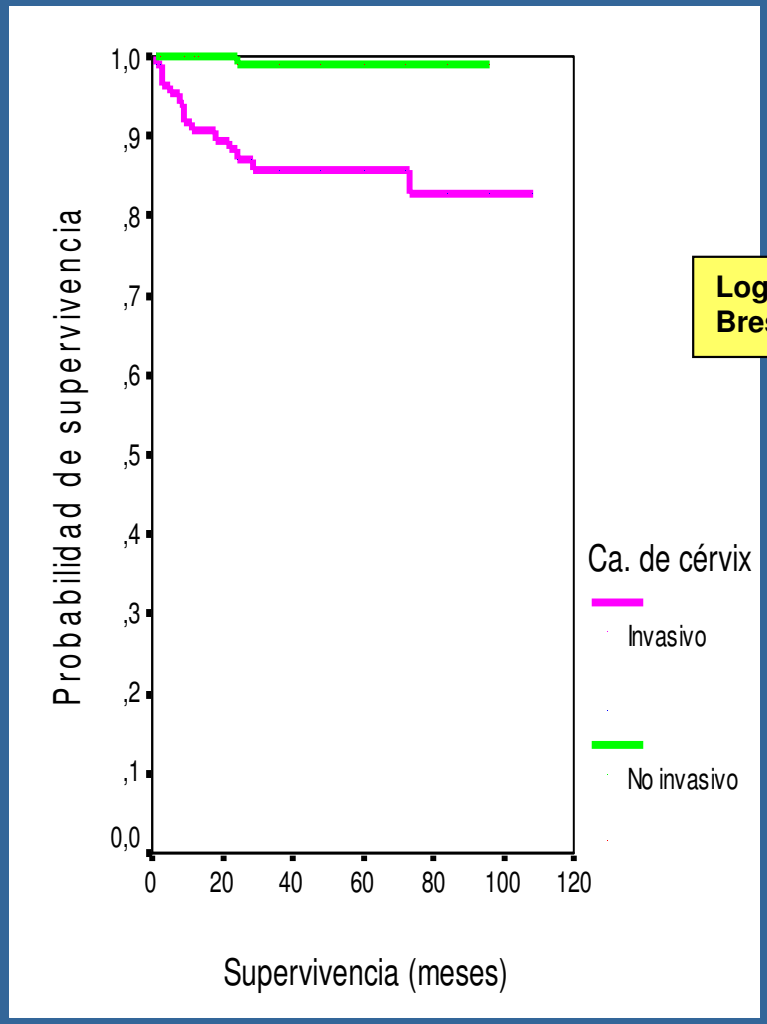
	1ª Revisión 1994	2ª Revisión 1995	3ª Revisión 1996	4ª Revisión 1997	5ª Revisión 1998	6ª Revisión 1999	7ª Revisión 2000	8ª Revisión 2001	9ª Revisión 2002
Vivo	88.7	82.9	83.3	87.0	89.3	88.9	89.1	87.0	85.9
Fallecido	18.2	8.6	5.0	5.2	4.5	6.3	5.4	6.5	7.1
Perdido	9.1	8.6	11.7	7.8	6.3	4.9	5.4	6.5	7.0

Revisiones anuales en el cáncer de endometrio

	1ª Revisión 1994	2ª Revisión 1995	3ª Revisión 1996	4ª Revisión 1997	5ª Revisión 1998	6ª Revisión 1999	7ª Revisión 2000	8ª Revisión 2001	9ª Revisión 2002
Vivo	100	82.1	78.6	89.4	86.0	86.2	70.7	77.5	76.1
Fallecido	0	17.9	21.4	10.6	14.0	11.9	20.7	18.1	19.7
Perdido	0	0	0	0	0	1.8	9.3	0.7	4.2

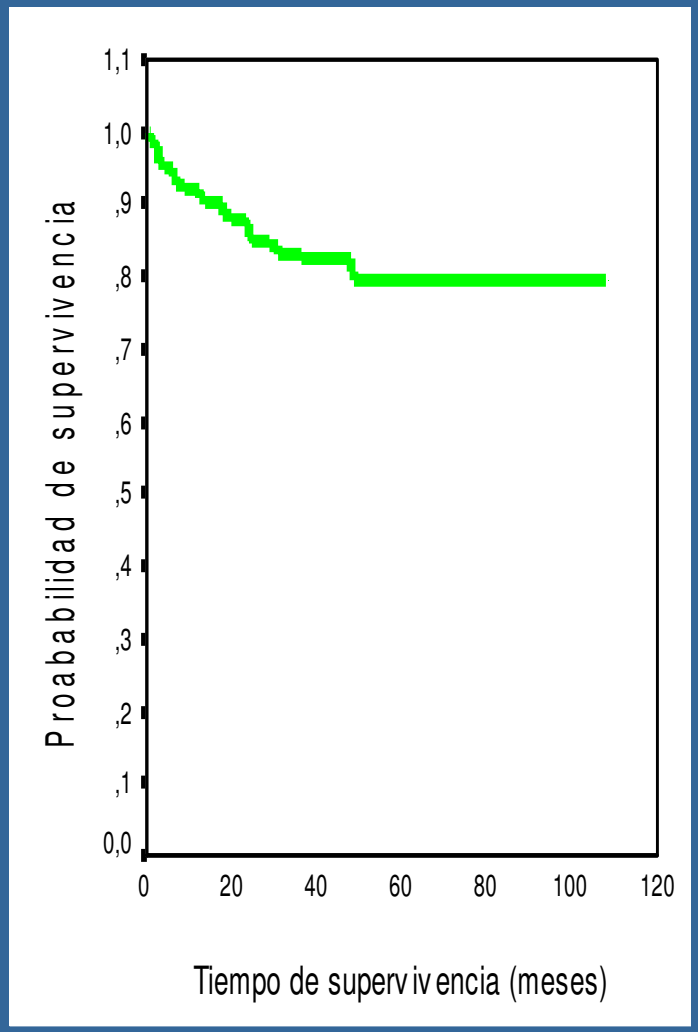
SUPERVIVENCIA GLOBAL DE LAS PACIENTES

CA DE CERVIX



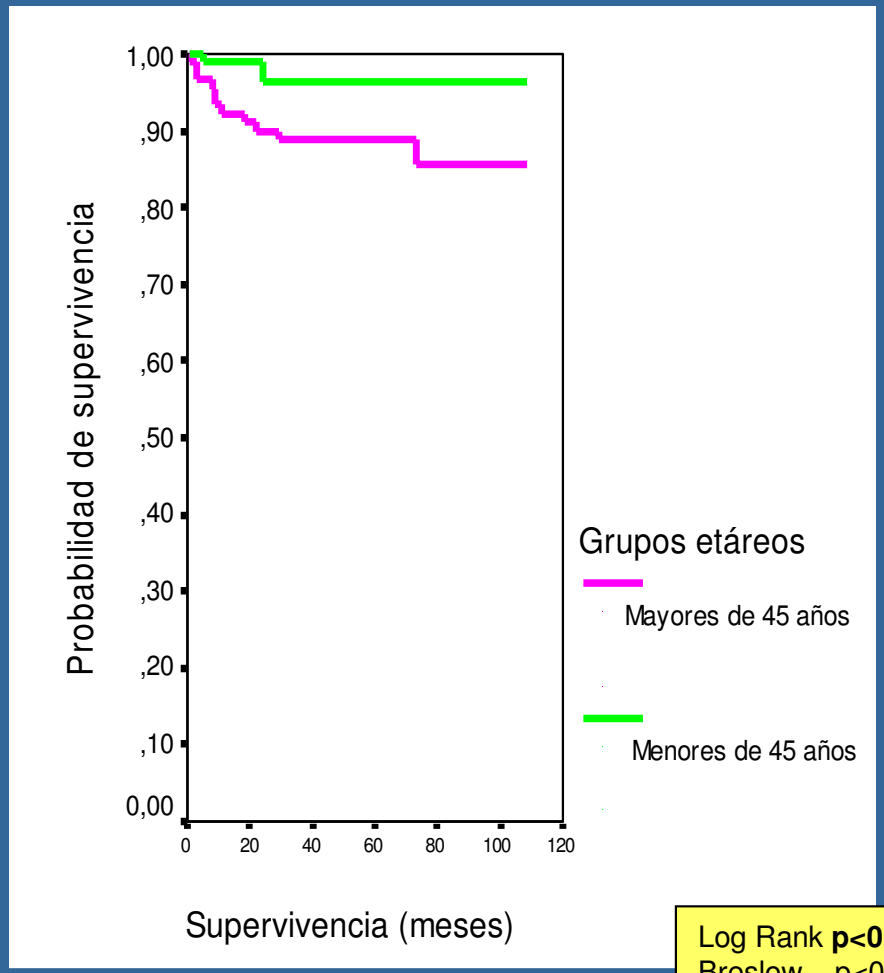
Log Rank p<0,0005
Breslow p<0,0006

CA. ENDOMETRIO



SUPERVIVENCIA POR GRUPOS DE EDAD

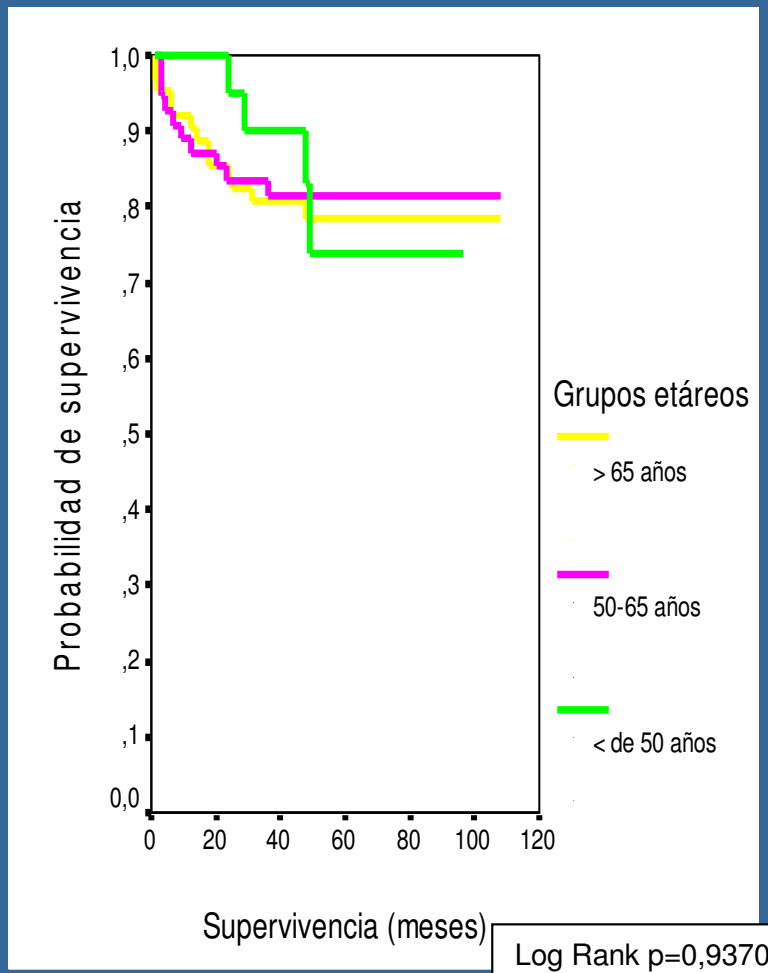
CA DE CERVIX



Log Rank **p<0,0313**
Breslow p<0,0383

A los 5 años
<45 a. edad 98%
>45 a. edad 85%

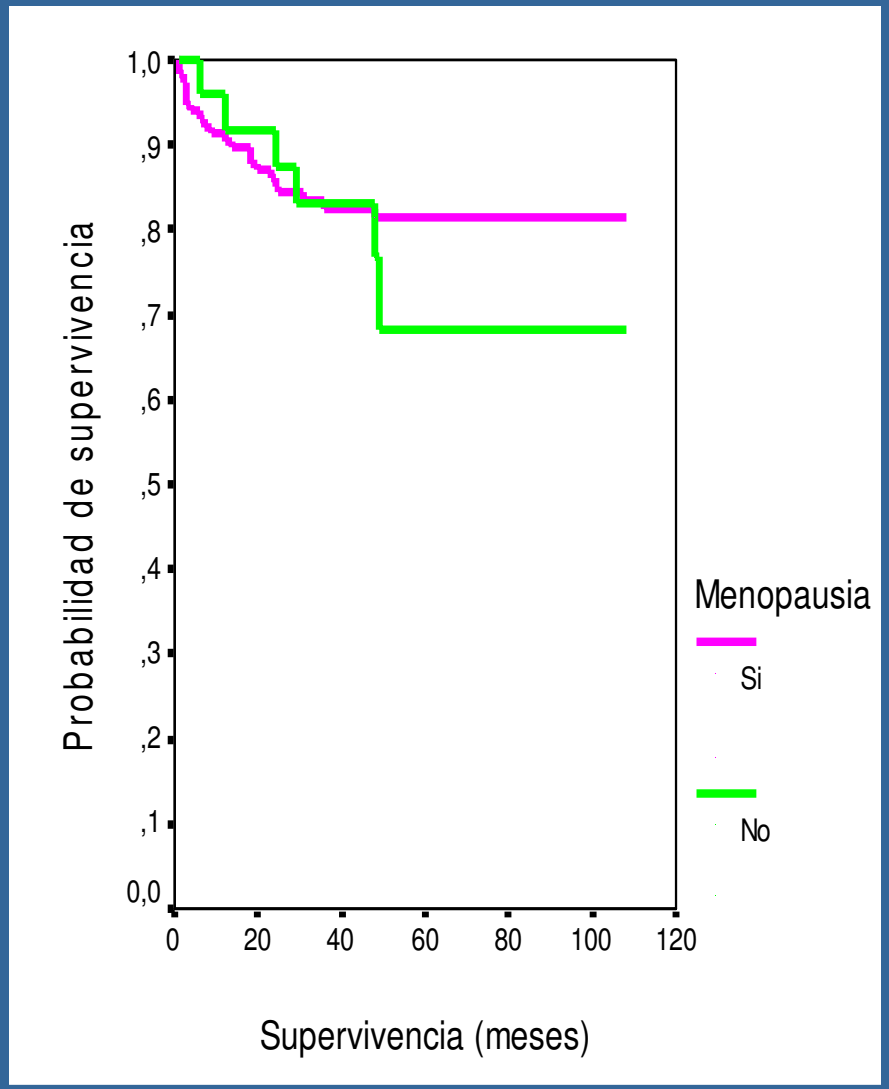
CA. ENDOMETRIO



Log Rank p=0,9370
Breslow p=0,7945

A los 5 años
<50 a. edad 74%
50-65 82%
>65 a. edad 79%

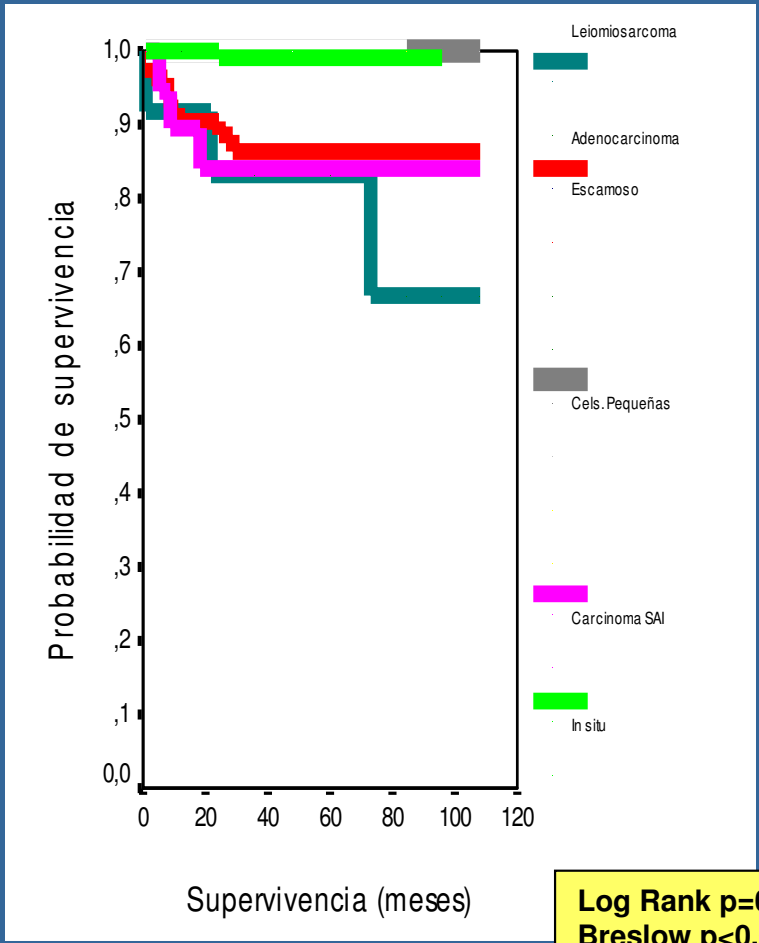
SUPERVIVENCIA SEGÚN LA MENOPAUSIA EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO



Log Rank p=0,5067
Breslow p<0,7771

SUPERVIVENCIA SEGÚN EL TIPO HISTOLÓGICO

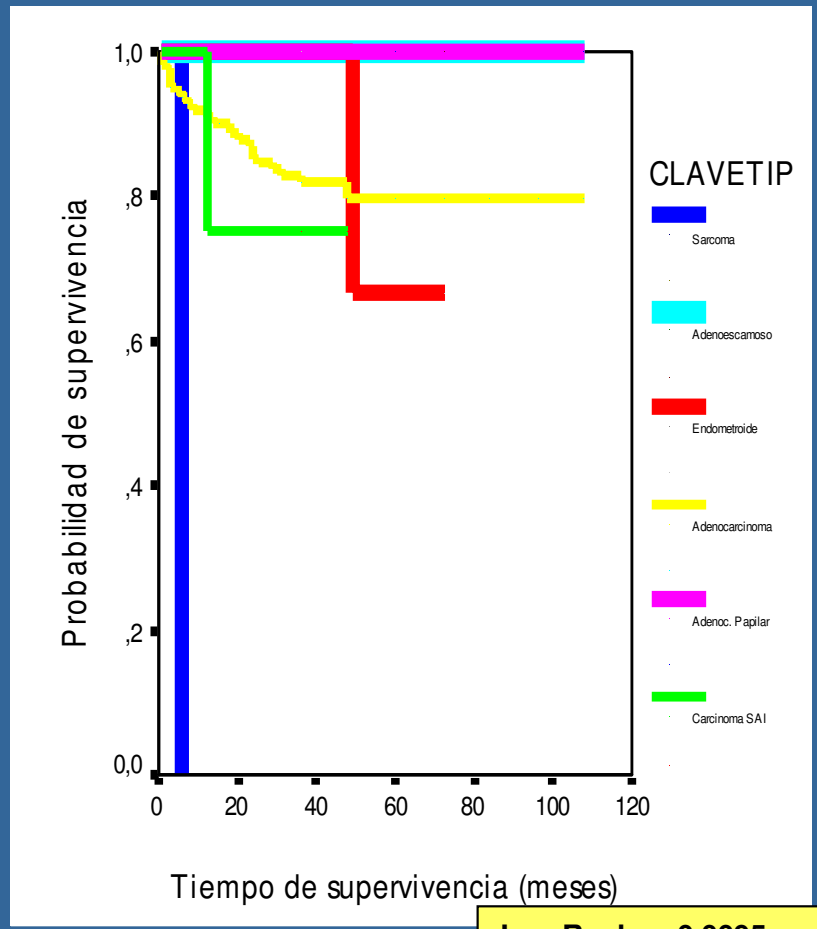
CA DE CERVIX



Log Rank p=0,0495
Breslow p<0,0741

A los 5 años
Adenocarcinomas 66%
Carcinomas escamosos 85%

CA. ENDOMETRIO



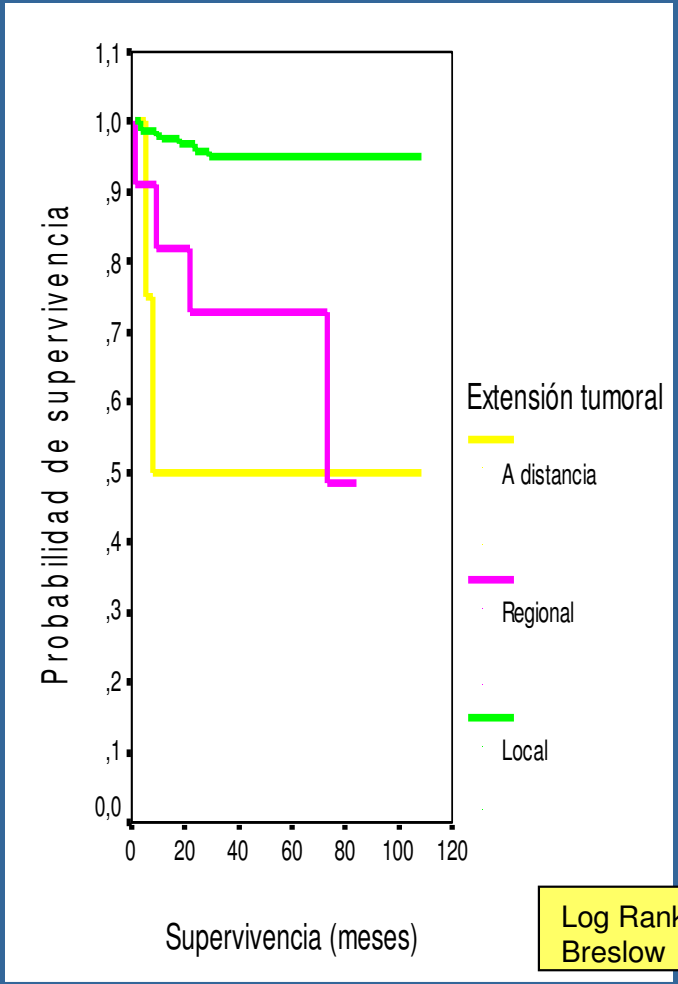
Log Rank p=0,0095
Breslow p<0,0001

A los 5 años
Adenocarcinomas 80%

A los 5 años
España 84,3%
Israel 79,1% (Piura et al., 1997)
Noruega 78% (Abeler et al., 1992)

SUPERVIVENCIA SEGÚN LA EXTENSIÓN

CA DE CERVIX

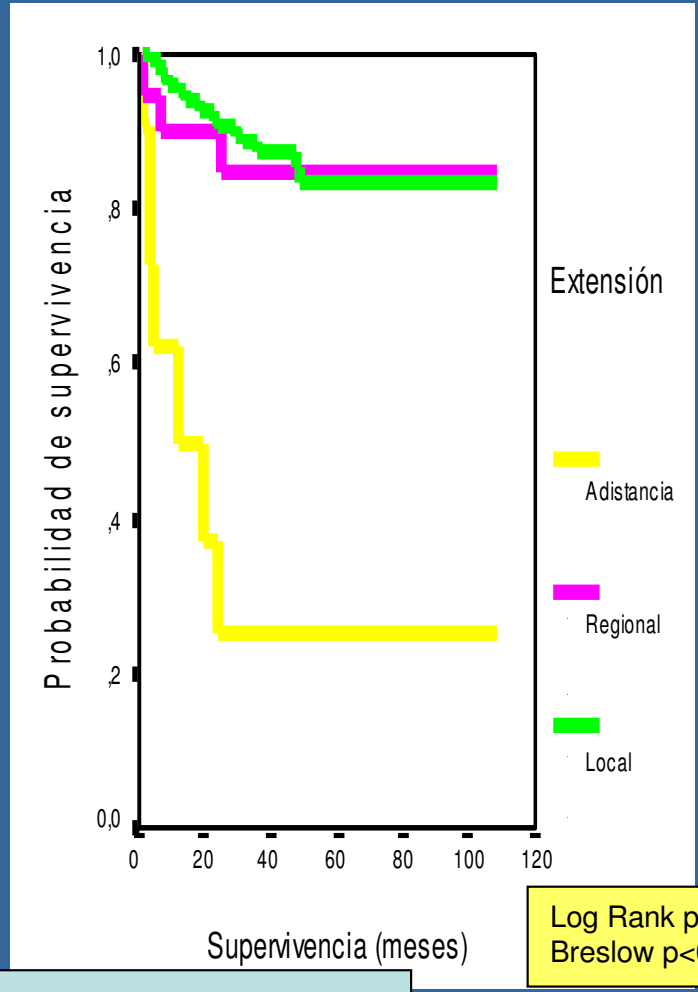


Log Rank p<0,0000
Breslow p<0,0000

A los 5 años
Afectación local 92%
Afectación reg. 72%
Metástasis a dist. 50%

A los 5 años
Afectación local 92%
Afectación reg. 51%
Metástasis a dist. 17%
Jemal et al., 2004

CA. ENDOMETRIO



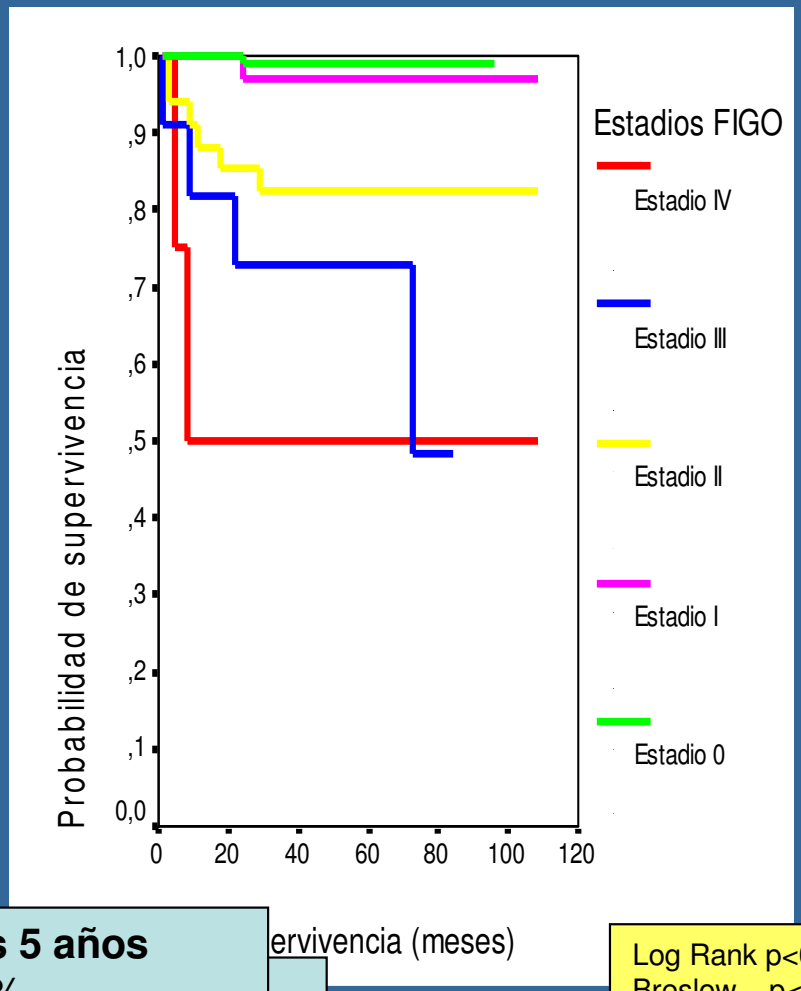
Log Rank p=0,0000
Breslow p<0,0000

A los 5 años
Afectación local y reg. 85%
Metástasis a dist. 24%

A los 5 años
Afectación local 96%
Afectación reg. 65%
Metástasis a dist. 26%
Jemal et al., 2004

SUPERVIVENCIA SEGÚN LA FIGO

CA DE CERVIX

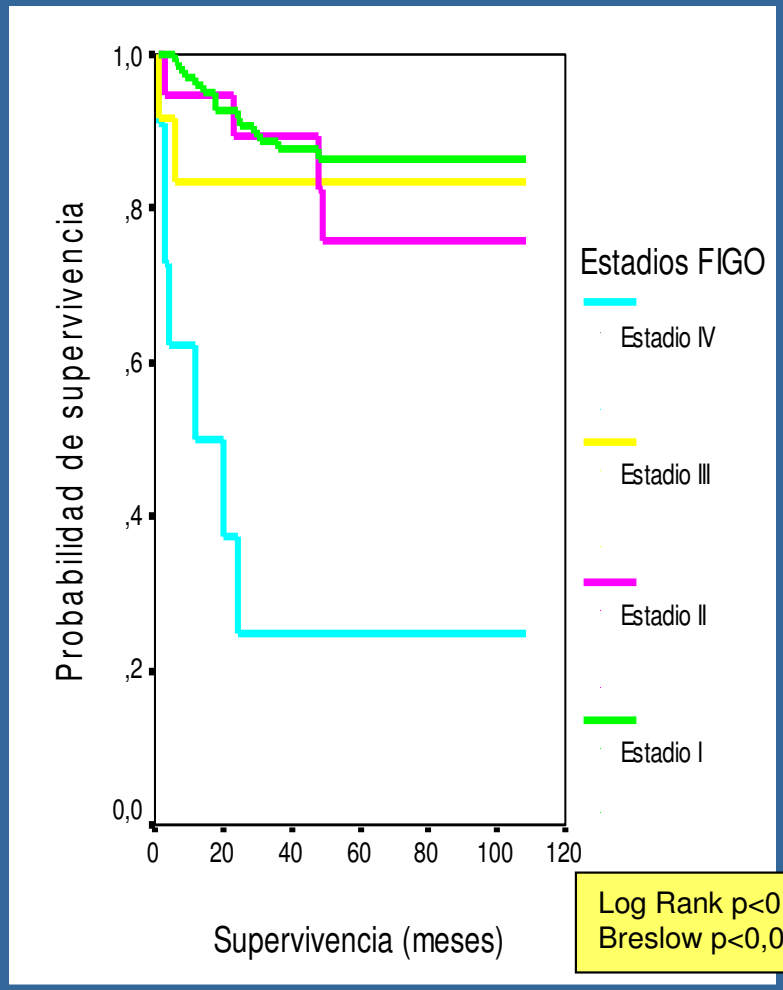


Log Rank p<0,0000
Breslow p<0,0000

A los 5 años
0 98%
I 96%
II 83%
III 74%
IV 50%

A los 5 años
I (Ia-Ib) 99-81%
II 65%
III 35% (Callagy et al., 2000)
IV 20% (Pakilit et al., 2001)

CA. ENDOMETRIO

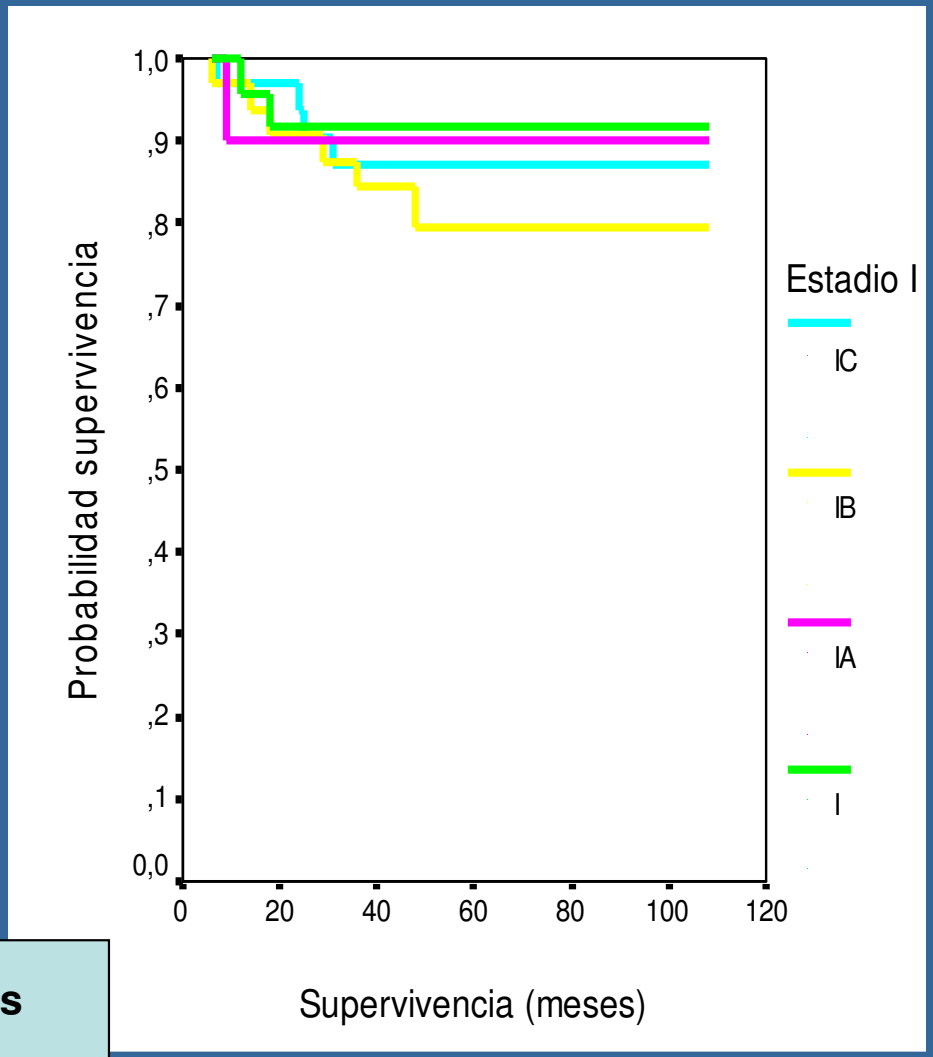


Log Rank p<0,000
Breslow p<0,000

A los 5 años
I 85%
II 83%
III 75%
IV 22% (2 años)

A los 5 años
I 93%
IV 23%
(Ibáñez et al., 1999)
(Steiner et al., 2003)

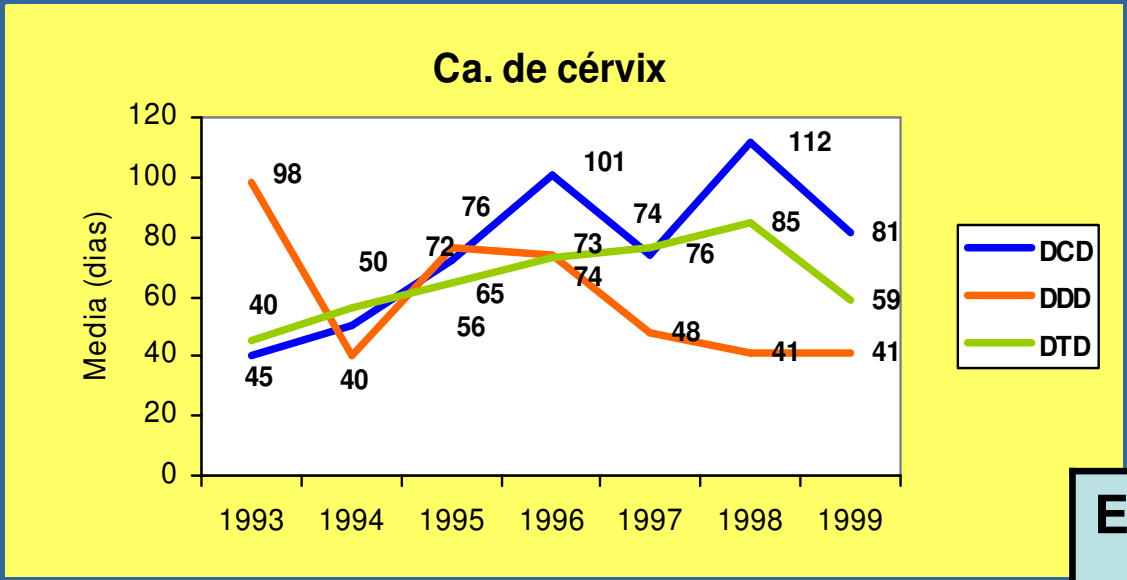
SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES EN ESTADIO I ENDOMETRIO



Log Rank p<0,7146
Breslow p<0,7799

A los 4 años
IA 90%
IB 80%
IC87%

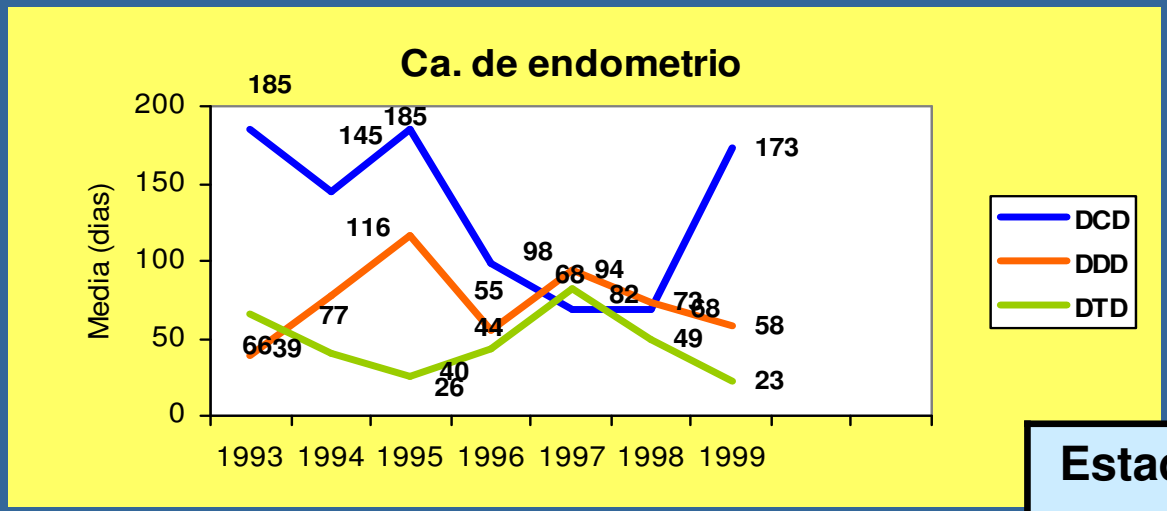
ESTUDIO DE LOS TIEMPOS DE DEMORA DE CONSULTA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA



	Cérvix
Dc	81,0
Dd	54,5
Dt	68,2

Estadio	Dc	Dd	Dt
0	117,6	53,4	73,0
I	91,0	56,2	77,9
II	59,9	57,0	44,7
III	11,8	62,3	76,6
IV	103,0	10,0	41,7

ESTUDIO DE LOS TIEMPOS DE DEMORA DE CONSULTA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

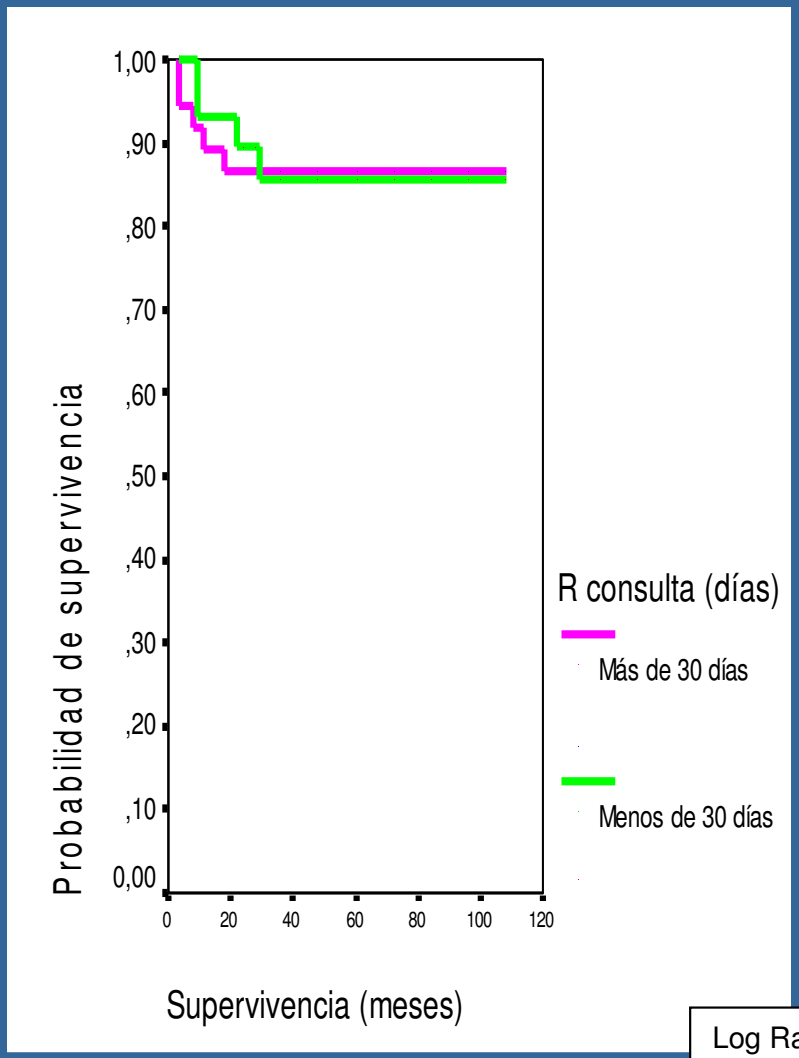


	Endometrio
Dc	123,4
Dd	68,9
Dt	45,3

Estadio	Dc	Dd	Dt
I	141,3	75,3	48,6
II	120,5	89,2	53,2
III	-	11,3	11,2
IV	51,3	45,0	45,7

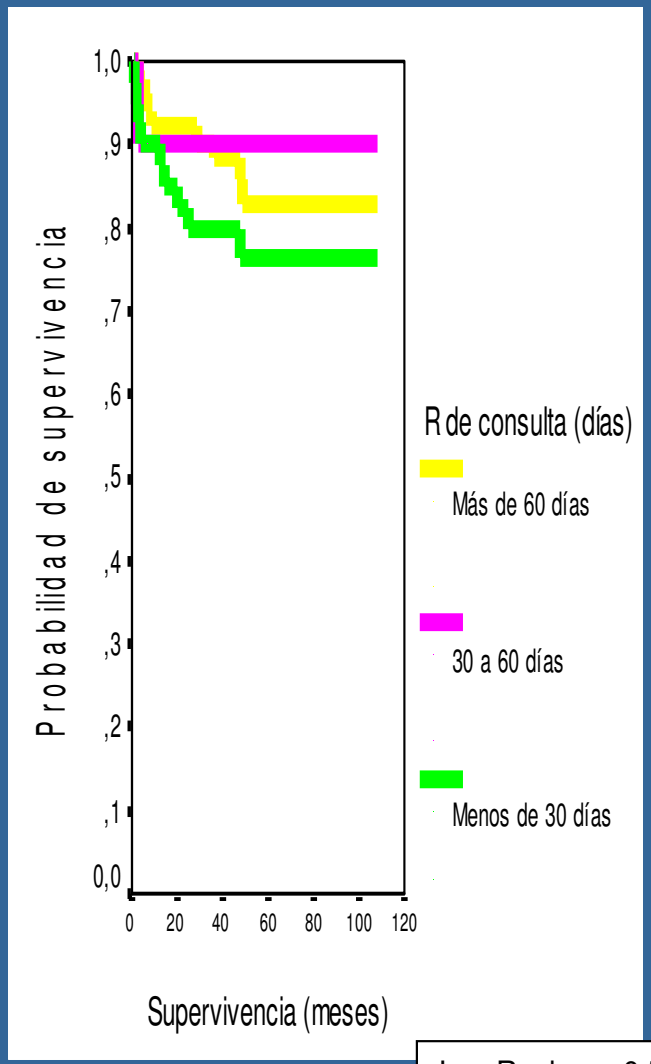
SUPERVIVENCIA GLOBAL SEGÚN LA DEMORA DE CONSULTA

CA DE CERVIX



Log Rank= p<0,98
Breslow= p<0,92

CA. ENDOMETRIO

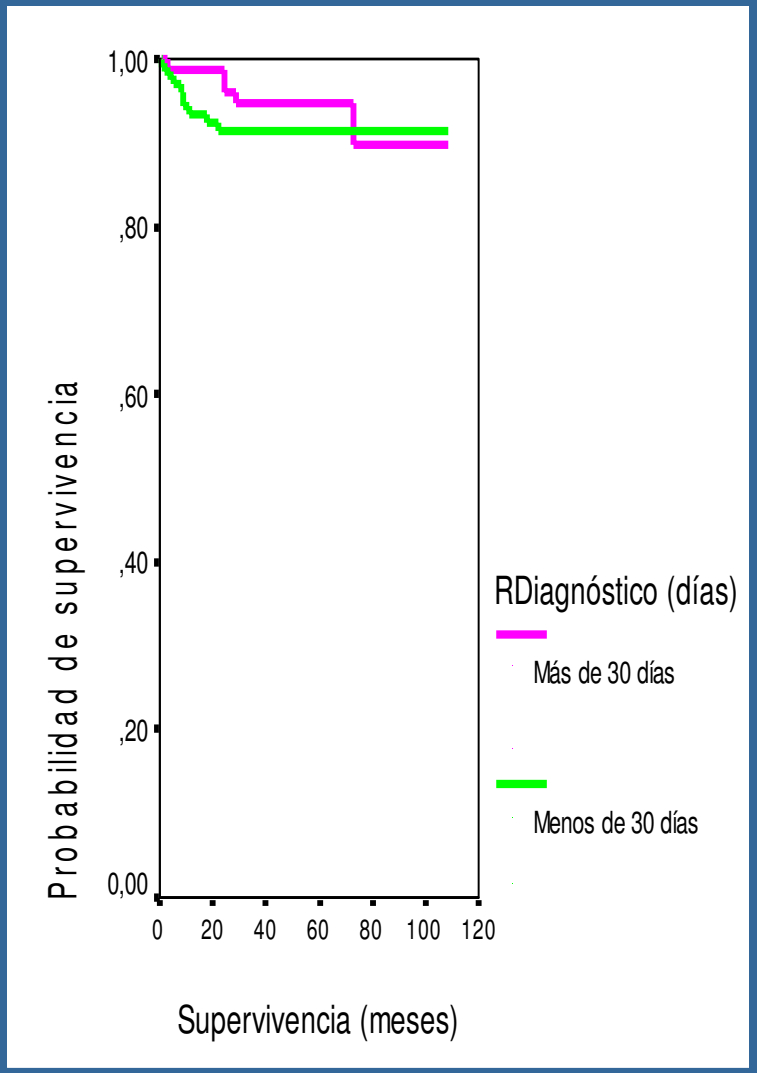


Log Rank= p<0,53
Breslow= p<0,48

La demora de consulta no afecta estadísticamente en la supervivencia. En Ca Cérvix es constante a partir de los 24 meses (85%). En el Ca de endometrio tienen menor supervivencia (75%) las pacientes con menos demora de consulta (<30días).

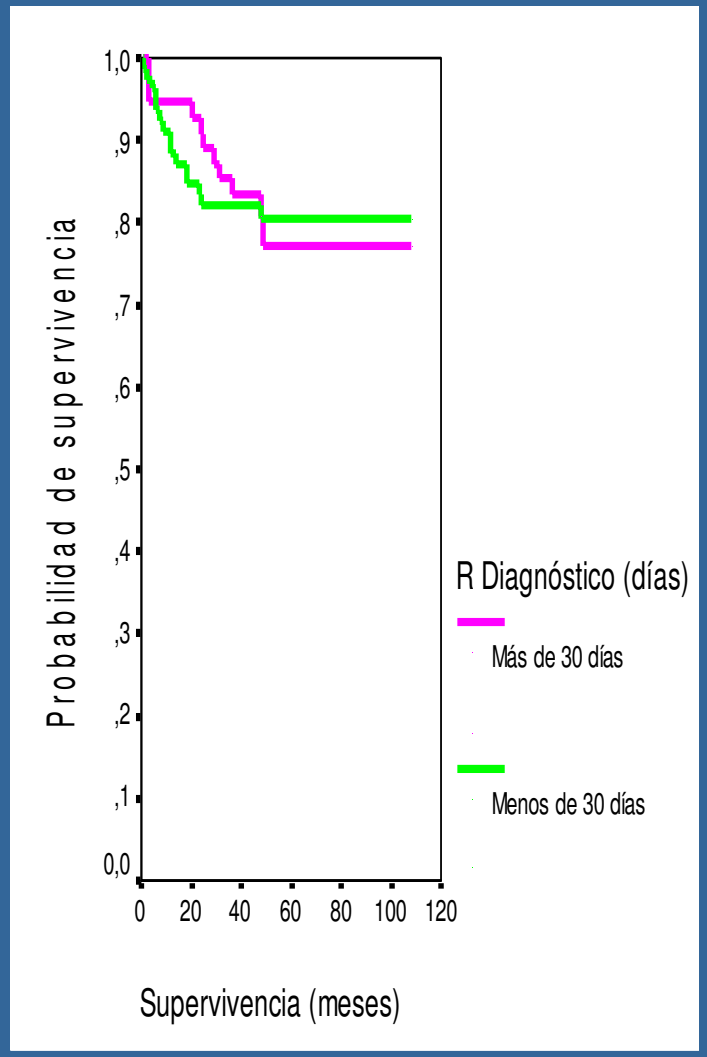
SUPERVIVENCIA GLOBAL SEGÚN DEMORA DIAGNÓSTICA

CA DE CERVIX



Log Rank p=0,5751
Breslow p=0,3858

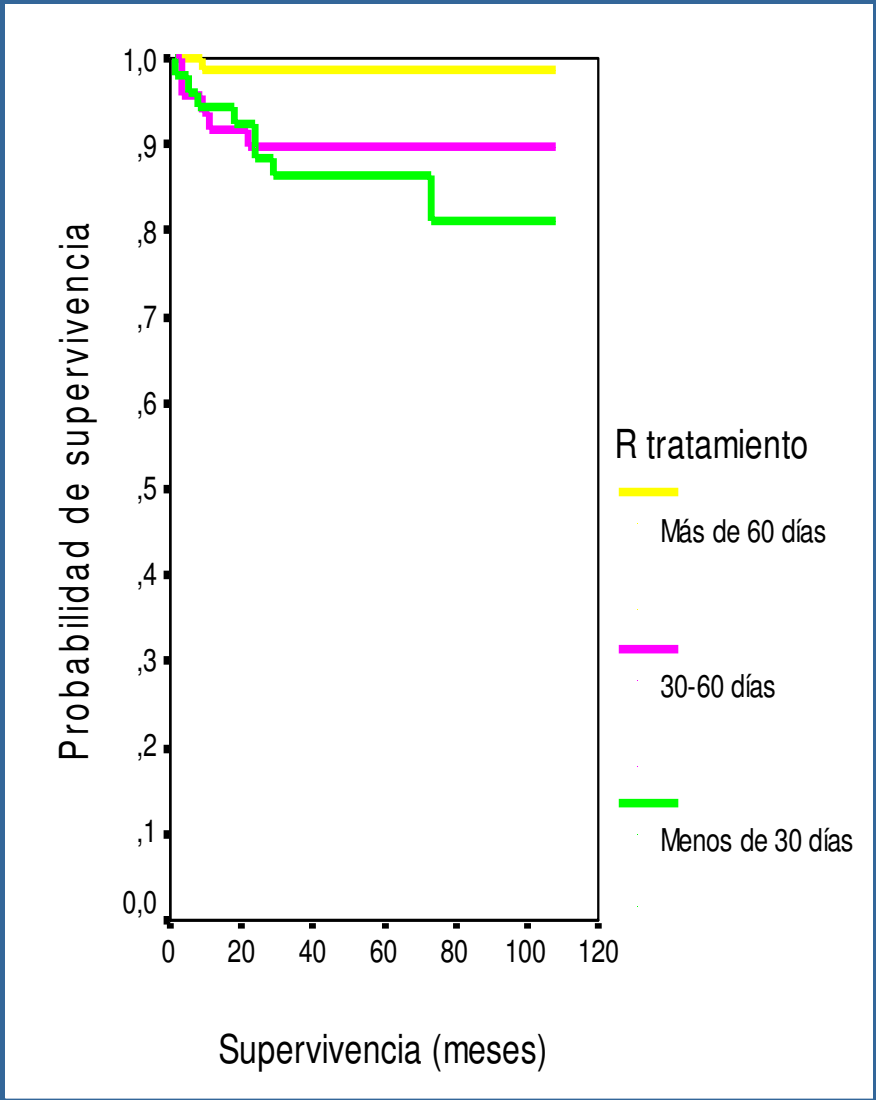
CA. ENDOMETRIO



Log Rank p<0,9628
Breslow p<0,8469

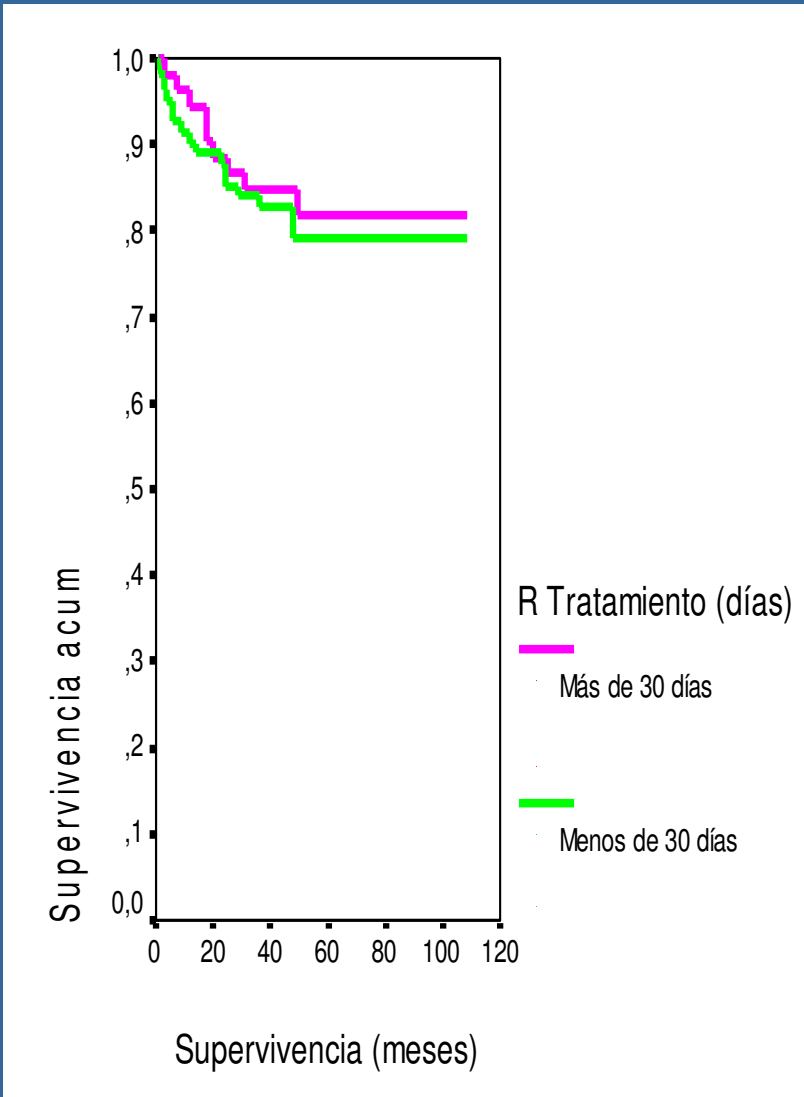
SUPERVIVENCIA GLOBAL SEGÚN DEMORA TERAPÉUTICA

CA DE CERVIX



Log Rank p=0,0171
Breslow p=0,0246

CA. ENDOMETRIO



Log Rank p<0, 6524
Breslow p<0,6028

CONCLUSIONES