

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER GINECOLÓGICO DIAGNOSTICADO EN EL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA EN UN PERIODO DE 6 AÑOS.

Introducción: Hasta 5% de la carga de enfermedad en el mundo se relaciona con los tumores malignos. El impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. El cáncer de cérvix es la quinta neoplasia en frecuencia en el mundo y la segunda en nuestro país después del cáncer de mama. El cáncer de endometrio ocupa el séptimo lugar en frecuencia en el mundo y el cuarto lugar en Argentina. El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar de los cánceres ginecológicos en nuestro país. Objetivo general: Caracterizar la epidemiología de los cánceres ginecológicos, siendo estos: cáncer de cérvix, cáncer de endometrio y cáncer de ovario, diagnosticados en el HPMI de Salta durante el periodo de enero de 2012 hasta diciembre de 2017. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. La muestra estuvo formada por todas las pacientes que fueron diagnosticadas con cáncer ginecológico por el servicio de anatomía patológica del Hospital Público Materno Infantil de Salta durante el periodo comprendido entre enero de 2012 a diciembre de 2017. Resultados: De los 240 casos, 201 correspondieron a cáncer de cérvix, 23 a ovario y 16 a endometrio. Pertenecieron con mayor frecuencia a la zona sanitaria centro, en más del 50%. El nivel máximo de educación alcanzado fue primaria. Más del 65% de las pacientes diagnosticadas fueron multíparas. En el cáncer de cérvix el grupo de 36-40 años fue el más frecuente, en el cáncer de endometrio los grupos fueron 46-50 años, 61 a 65 años y 66 a 70 años. En el cáncer de ovario, la mayor frecuencia fue del grupo entre 51-55 años. El estadio diagnosticado en cáncer de cérvix con mayor frecuencia fue estadio III con 84 casos y en el cáncer de endometrio fue estadio I con 10 casos. Conclusión: De los 240 casos de cáncer ginecológico diagnosticados, el cáncer de cérvix resultó ser el de mayor frecuencia, seguido

por el de ovario y endometrio, lo cual coincide con la frecuencia de cáncer ginecológico hallado en Argentina en 2014.

Número de citas bibliográficas: 19

Palabras claves: cáncer de cérvix, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, perfil epidemiológico

Introducción

Hasta 5% de la carga de enfermedad en el mundo se relaciona con los tumores malignos. En los países ricos, esta cifra se eleva a 14.6% y disminuye a 2.2% en los pobres. En gran medida, la mayor disponibilidad y acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica para curar los tumores malignos explican la magnitud de estas diferencias. ⁽¹⁾

La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. El impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones, el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a US\$ 1,16 billones. ⁽²⁾

La Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172.3-242.9 x 100000 habitantes), de acuerdo a los estudios realizados por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer- IARC para el año 2012. La IARC ha estimado para la Argentina una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100000 habitantes, basándose en datos provenientes de Registro de Cáncer de Base Poblacional (RCBP). ⁽³⁾

En los últimos años se ha documentado la importancia que el entorno social juega en la determinación de la enfermedad, así como en las variaciones de la incidencia entre diferentes áreas geográficas. ⁽¹⁾

Dentro de lo que se conoce como cáncer ginecológico, se encuentran aquellos que se originan en los órganos reproductivos de la mujer, que incluyen cáncer de cuello uterino, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, cáncer de vagina y cáncer de vulva. ⁽⁴⁾

El cáncer de cérvix es la quinta neoplasia en frecuencia en el mundo y la segunda en nuestro país después del cáncer de mama. En la Argentina la incidencia depende de la provincia que se evalúa, partiendo de 7,8/100.000 mujeres/años en Buenos Aires hasta 23,2 en Formosa. ⁽²⁻⁵⁾ La tasa de mortalidad en Argentina es del orden de las 7,2 defunciones por cien mil mujeres, en la provincia de Salta la misma oscila en 12 defunciones por cien mil mujeres. ⁽⁶⁾ Su etiología es multifactorial, pero es primordial la infección con HPV. Son cofactores: inicio

precoz de las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, la promiscuidad, los embarazos adolescentes, la multiparidad, las infecciones cervicovaginales reiteradas, el hábito de fumar, el uso de anticonceptivos orales y la inmunosupresión. ⁽⁷⁾

El cáncer de endometrio ocupa el séptimo lugar en frecuencia en el mundo y el primero de los cánceres ginecológicos en países desarrollados. En nuestro país, representa el cuarto lugar dentro de la mortalidad por cáncer, según datos estadísticos de 2011. Los factores de riesgo más importantes son el estado posmenopáusico, IMC (índice de masa corporal) mayor a 25 kg/m², antecedentes de exposición prolongada a estrógenos (menarca precoz, menopausia tardía), excesivo consumo de grasas, nuliparidad, anovulación y uso de estrógenos sin oposición de progesterona. Sin embargo, hasta el 50% de los cánceres se presentan sin estos factores. ⁽⁷⁾

El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar de los cánceres en las mujeres. Con una incidencia de 13 casos cada 100.000 habitantes/año y la tasa de mortalidad es de aproximadamente 4,8 mujeres/año. ⁽⁷⁾ La edad promedio de aparición es de alrededor de los 63 años. ⁽⁸⁻⁹⁾ De todos los factores conocidos que aumentan la aparición del cáncer de ovario, la herencia es el factor de riesgo más importante. Dentro de los factores ambientales, el tabaco implica un riesgo aumentado. La obesidad tiene un riesgo estadísticamente significativo. Dentro de los factores protectores, se encuentran los anticonceptivos, la multiparidad y la lactancia. ⁽⁷⁾

Con el objetivo de brindar atención equitativa a la población, es que surge la necesidad de dividir a los servicios de salud en áreas o zonas para lograr mayor y mejor cobertura de salud. En la Provincia de Salta, el sistema de salud pública se encuentra dividida en cuatro zonas sanitarias. Cada zona sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos y es la responsable de brindar los Servicios de Salud a la población que tiene a su cargo. ⁽¹⁰⁾ Las zonas sanitarias se dividen en: Centro, Norte, Sur y Oeste. A través de las cuales se encuentran distribuidas las 53 áreas operativas. Con 52 Hospitales, 133 Centros de Salud, 241 Puestos Sanitarios y 114 Puestos Fijos. ⁽¹¹⁻¹²⁾

El propósito del siguiente trabajo fue valorar el peso real de los cánceres ginecológicos en nuestra población para replantear las estrategias de prevención primaria y secundaria que disminuyan la frecuencia de estos.

Objetivo general: caracterizar la epidemiología de los cánceres ginecológicos, siendo estos: cáncer de cérvix, cáncer de endometrio y cáncer de ovario, diagnosticado en el Hospital Público Materno Infantil de Salta durante el periodo de enero de 2012 hasta diciembre de 2017.

Objetivos específicos

Identificar la zona sanitaria a la cual pertenecen los casos diagnosticados como cáncer de cérvix, endometrio y ovario durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en el HPMI de Salta.

Caracterizar las pacientes en base a la edad, grado de escolarización, paridad, edad de inicio de relaciones sexuales al momento de ser diagnosticadas con cáncer ginecológico (cáncer de cérvix, cáncer de endometrio y cáncer de ovario) durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI de Salta.

Cuantificar la realización de estudio de Papanicolau (PAP) en las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en el HPMI de Salta.

Identificar el estadio en el cual se diagnosticaron los cánceres de cérvix y endometrio, así como el tipo histológico del cáncer de cérvix, endometrio y ovario, durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en el HPMI de Salta.

Determinar el tiempo de exposición a estrógenos endógenos al que fueron expuestos los casos diagnosticados con cáncer de ovario y endometrio durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI de Salta.

Cuantificar la frecuencia de uso de anticonceptivos orales como factor protector del cáncer de ovario en casos diagnosticados durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI de Salta.

Identificar las comorbilidades asociadas al diagnóstico de cáncer de endometrio y ovario diagnosticados durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI en Salta.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal.

La muestra estuvo formada por todas las pacientes que fueron diagnosticadas con cáncer de cérvix, endometrio y ovario por el servicio de anatomía patológica del Hospital Público Materno Infantil de Salta durante el periodo comprendido entre enero de 2012 a diciembre de 2017.

Se incluyeron todas las pacientes a las que se les realizó diagnóstico de cáncer en el servicio de anatomía patológica del Hospital Público Materno Infantil de Salta. Se excluyeron aquellas pacientes que no se estadificaron en el HPMI, así como aquellos casos que fueron diagnosticados en otros hospitales.

Se mantuvo el anonimato de las pacientes del estudio.

La muestra de pacientes se obtuvo a partir de la base informática del servicio de anatomía patológica del HPMI, luego se obtuvieron los datos a partir de la historia clínica digitalizada del sistema ETM (estación de trabajo médico), que fueron volcadas en una tabla en el Programa Excel 2010, confeccionada para tal fin. Se realizó un análisis estadístico de los datos obtenidos.

Variables

Zona sanitaria: división del sistema sanitario de la Provincia de Salta en cuatro zonas: Norte, Sur, Oeste y Centro. Se registró el domicilio consignado en la historia clínica de la paciente. Se agruparon según localidad y departamento para luego agruparlos según las zonas sanitarias antes descritas.

Edad: años de vida de las pacientes al momento del diagnóstico. Se dividieron en rangos útiles: 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40- 44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años, 60- 64 años, 65-69 años, 70-74 años, 75-79 años, > 80 años.

Grado de escolarización: máximo nivel de escolarización alcanzado por la paciente al momento del diagnóstico. Se consigna como primaria, secundaria, superior y sin dato.

Paridad: número total de embarazos que una mujer tuvo durante su vida obstétrica. Se dividieron en nulíparas, multíparas y sin datos.

Inicio de relación sexual: edad en la que la paciente inició las relaciones sexuales. Se registró la edad consignada en historia clínica como IRS. Se dividieron en: menos de 18 años, \geq de 18 años y sin dato.

Estudio de Papanicolau: método de tamizaje utilizado en la patología cervical. Se registró la presencia o ausencia de dicho estudio, consignado en la historia clínica, previo al diagnóstico de cáncer de cérvix. Se agruparon en: sí, no y sin dato.

Estadio: extensión del cáncer. Se recogió el dato de estadio consignado por el comité de tumores de los cánceres de cérvix y endometrio. El cáncer de cérvix se dividió en: Ca Insitu, Estadio I, Estadio II, Estadio III, Estadio IV. El cáncer de endometrio se dividió en: Estadio I, Estadio II, Estadio III y Estadio IV.

Tipo histológico: clasificación anatomopatológica del tumor, consignado en la historia clínica, de los casos diagnosticados como cáncer de cérvix, endometrio y ovario.

Tiempo de exposición a estrógenos endógenos: periodo comprendido entre menarca y menopausia, en la cual una mujer se encuentra bajo influencia de estrógenos endógenos. Se obtuvo dicho periodo a partir de:

- Mujeres sin menopausia: edad al diagnóstico del cáncer- edad de menarca
- Mujeres menopáusicas: edad de menopausia - edad de menarca

Se realizó dicho análisis en los casos de cáncer de endometrio y de ovario.

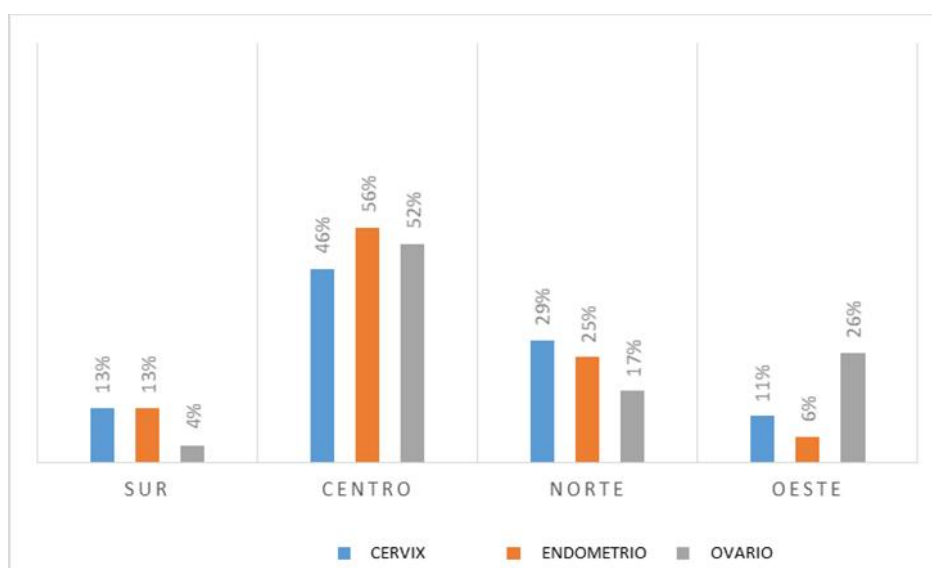
Uso de anticonceptivos hormonales: uso de medicación hormonales como método de anticoncepción, cualquiera sea su vía de administración. Se registró dicho dato, a partir de información consignada en historia clínica física, en los casos diagnosticados como cáncer de ovario. Se consignó dicho resultado como uso o no uso.

Comorbilidades: presencia de enfermedades o situaciones que aumentan el riesgo de enfermar o morir. Se consignó al mismo como presencia de: obesidad, diabetes, tabaquismo, en casos diagnosticados de cáncer de endometrio y de ovario.

Resultados

Durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en el HPMI se diagnosticaron 240 casos de cáncer ginecológico, de ellos el 84% (201) corresponden a casos de cáncer de cérvix, 10% (23) cáncer de ovario y 7% (16) cáncer de endometrio.

Gráfico N°1: Distribución porcentual según zona sanitaria a la cual pertenecieron los casos diagnosticados como cáncer de cérvix, endometrio y ovario durante el período de enero de 2012 a diciembre de 2017 en el HPMI de Salta. (N: 240)



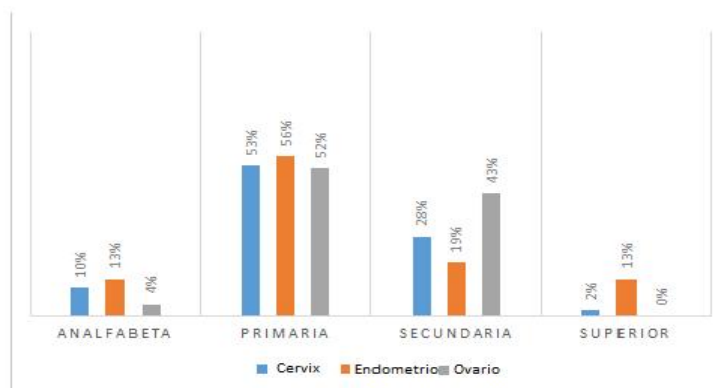
Los cánceres de cérvix, endometrio y ovario fueron más frecuentes en la zona sanitaria centro, con más del 50%.

Tabla n°1 División útil de la edad, según frecuencia absoluta de los casos diagnosticados como cáncer de cérvix, endometrio y ovario durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI en Salta. (N: 240)

	CERVIX	ENDOMETRIO	OVARIO
20-25	4	0	1
26-30	10	0	0
31-35	28	0	2
36-40	39	0	2
41-45	32	0	4
46-50	24	4	0
51-55	22	0	5
56-60	18	3	2
61-65	9	4	2
66-70	9	4	3
71-75	1	1	0
76-80	1	0	1
>81	4	0	1
TOTAL	201	16	23

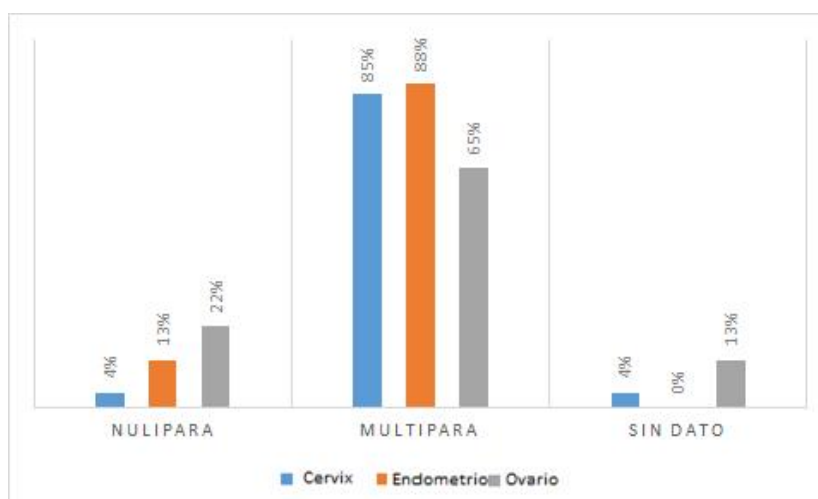
En el cáncer de cérvix el grupo de edades comprendidas entre 36-40 años fue el más frecuente (39). En el cáncer de endometrio los grupos de mayor frecuencia fueron los 46-50 años, 61 a 65 años y 66 a 70 años, cada grupo con 4 casos. Con respecto al cáncer de ovario, la mayor frecuencia fue la del grupo comprendido entre 51-55 años (5).

Gráfico n°2 Distribución porcentual del grado de escolarización alcanzado por las pacientes diagnosticadas como cáncer de cérvix, endometrio y ovarios durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en el HPMI (N: 240)



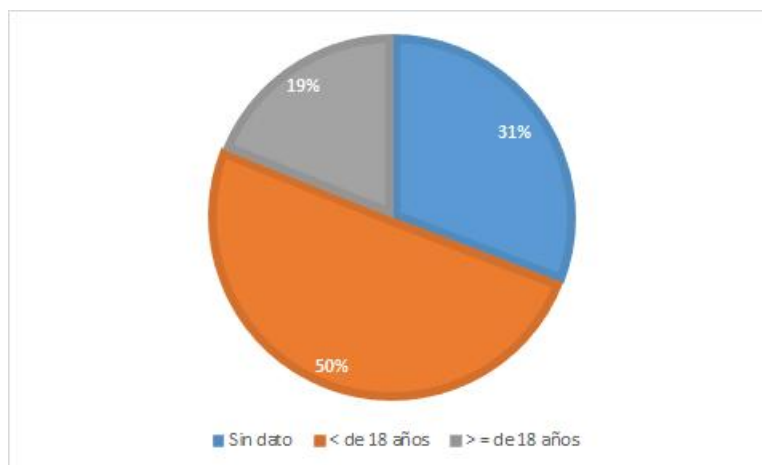
Más del 50% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix, endometrio y ovario alcanzó la primaria como máximo nivel de educación.

Gráfico n°3 Distribución porcentual según paridad de las pacientes diagnosticadas como cáncer de cérvix, endometrio y ovario durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 240).



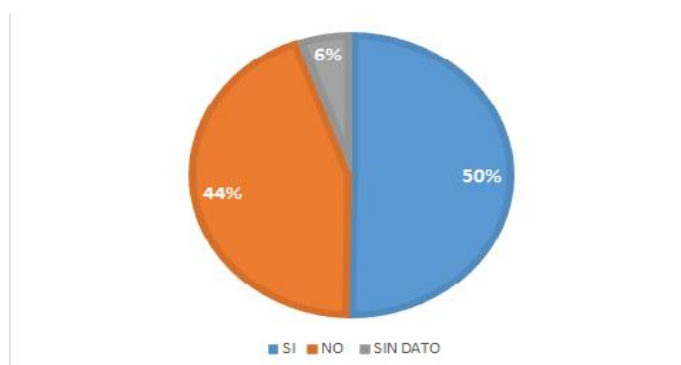
Más del 65% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix, endometrio y ovario resultaron multíparas.

Gráfico n° 4 Distribución porcentual según edad de inicio de las relaciones sexuales en pacientes diagnosticadas como cáncer de cérvix durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 201)



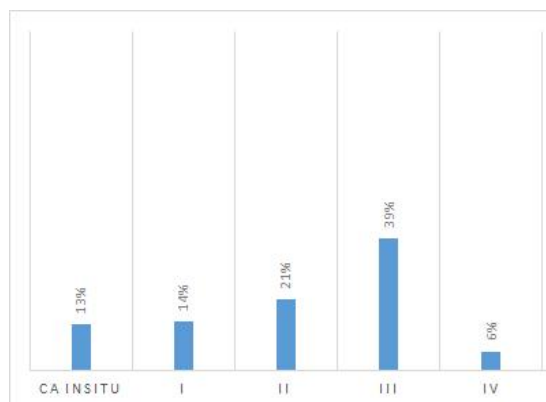
El 50% (101) de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix, consignó haber iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años.

Gráfico n°5 Distribución porcentual según realización de estudio de Papanicolau (PAP) previo al diagnóstico en pacientes con cáncer de cérvix durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI (N: 201)



El 50% (101) de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix tenían realizado un PAP previo al diagnóstico de cáncer de cérvix. El 6% (11) de las pacientes no tenían consignado este dato.

Gráfico n°6 Distribución porcentual de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix según estadio en el que se hace el diagnóstico en las pacientes diagnosticadas durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 201)



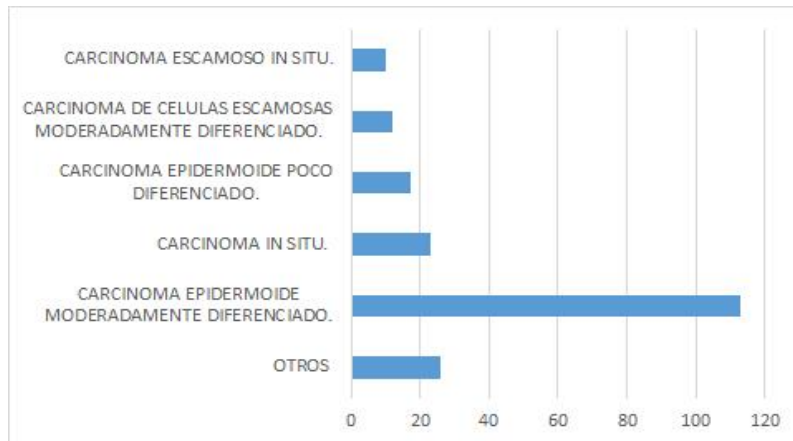
El estadio más frecuente diagnosticado fue el estadio III con 39% (84), siendo el de menor frecuencia el estadio IV con 6% (12).

Tabla n°2 Distribución absoluta del estadio en el cual se diagnosticó el cáncer de cérvix durante el periodo de enero de 2102 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 179)

	Ia	2
ESTADIO I	Ib1	12
	Ib2	8
	Ib2 BULKY	9
ESTADIO II	II a	3
	II a BULKY	3
	II b	32
	II b BULKY	7
ESTADIO III	III a	2
	III b	79
	III b BULKY	3
ESTADIO IV	IV a	12

Los estadios que alcanzaron mayor frecuencia de diagnósticos fueron estadio Ib1 con 12 casos, estadio Iib con 32 casos, estadio IIIb con 79 casos y estadio IVa con 12.

Gráfico n°7 Distribución de frecuencia según tipo histológico del cáncer de cérvix, diagnosticado durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 201)



Se puede observar que 113 casos pertenecieron al tipo histológico de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado.

Tabla n° 3 Distribución de frecuencia según tiempo de exposición a estrógenos endógenos en casos diagnosticados como cáncer de endometrio durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 16)

Menarca	Menopausia	Edad	Exposicion a estrogenos
9	sd	45	0
11	sd	58	0
14	45	61	31
0	50	59	0
11	44	60	33
12	sd	45	0
12	36	41	24
15	49	52	34
sd	52	62	0
sd	56	61	0
sd	sd	55	0
sd	sd	69	0
11	50	57	39
16	47	54	31
13	sd	45	0
12	54	61	42

(sd: sin dato)

Las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio tuvieron un tiempo de exposición a estrógenos endógenos de entre 24 y 42 años, con una moda de 31 años.

Al analizar la asociación entre cáncer de endometrio con comorbilidades, 2 pacientes eran obesas y diabéticas, 3 eran diabéticas y 4 obesas.

De los 16 casos de cáncer de endometrio diagnosticado durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017, 10 casos corresponden al estadio I, 2 casos para el estadio II y 2 para el estadio III, un caso como estadio IV y otro como sarcoma.

En cuanto al tipo histológico hallado con mayor frecuencia en el cáncer de endometrio fue adenocarcinoma con 14 casos, 9 de los cuales eran tipo endometroide, 3 serosos y 3 no se consignaba la estirpe.

Tabla n° 4 Distribución de frecuencia según tiempo de exposición a estrógenos endógenos en pacientes diagnosticadas como cáncer de ovario durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017 en HPMI. (N: 23)

Edad	Menopausia	Menarca	EDAD FERTIL
33	Si	0	0
47	No	0	0
48	0	0	0
53	51	0	0
57	50	0	0
60	45	0	0
65	0	0	0
14	No	12	2
27	No	13	13
27	No	15	14
32	No	11	21
37	No	15	22
39	No	12	27
39	No	12	27
39	No	12	27
77	44	12	32
47	No	13	34
49	No	15	34
49	No	14	35
74	50	14	36
63	50	13	37
52	51	13	38
56	No	12	44

El tiempo de exposición a estrógenos endógenos oscila entre 2 y 44 años, con una moda de 27 años.

Del total de pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario, no se registró uso de anticonceptivos hormonales.

De las 23 pacientes diagnosticadas, 2 indicaron se tabaquistas y 3 obesas. En cuanto al tipo histológico hallado en el cáncer de ovario, el cistoadenocarcinoma fue el de mayor frecuencia con 9 casos (6 serosos, 2 mucinosos y un endometroide), seguido de adenocarcinoma con 8 casos (5 de los cuales se consignaron como serosos papilares)

Conclusión

De los 240 casos de cáncer ginecológico diagnosticados durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017, el cáncer de cérvix resultó ser el de mayor frecuencia, seguido por el de ovario y endometrio. Dicha escala coincide con la frecuencia de cáncer ginecológico hallado en Argentina en 2014. ⁽¹³⁾

Al analizar el cáncer de cérvix, se obtuvo que la edad media de diagnóstico fue entre 36-40 años, edad menor a la diagnosticada en Argentina, de 51 años. De los casos analizados, el 53% de las mujeres con cáncer de cérvix alcanzó la primaria como máximo nivel educativo, resultado que coincide con valores obtenidos en Argentina. En base al estadio, el 39% se diagnosticó en estadio III, valor que difiere con las estadísticas nacionales, donde el diagnóstico más frecuente fue en estadio II. La realización de Papanicolau previo al diagnóstico se encontró en el 50% de las pacientes, valor que difiere con los hallados en la evaluación llevada a cabo por el Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Cáncer de cuello uterino 2008 en Salta, donde se obtuvo una frecuencia de Papanicolau en los últimos 2 años de entre el 21- 45,6 % dependiendo a la edad de la mujer. ⁽¹⁴⁾

Al analizar la frecuencia de cáncer de endometrio se observó una dispersión en cuanto a la edad, ya que tres grupos etarios fueron los más frecuentes, es decir los de 46-50 años, 61 a 65 años y 66 a 70 años. En un trabajo realizado en Chile, durante 10 años, se obtuvo que la edad de diagnóstico más frecuente fue los 59 años. ⁽¹⁵⁾ En cuanto a la histología más frecuente, se pudo observar que el cistoadenocarcinoma serosos fue el hallado con más frecuencia, resultado que difiere con el estudio realizado en Chile y en España, donde el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma endometriode. ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ Tanto en el estudio de Chile como en el nuestro, el estadio más frecuente al momento del diagnóstico fue estadio I. ⁽¹⁵⁾ Con respecto a la asociación entre comorbilidad y cáncer de endometrio, se observó que, de 16 casos con cáncer, más de la mitad, o sea 9, poseían algún factor de riesgo, ya sea obesidad o diabetes. Este resultado difiere con los descritos en el consenso nacional Inter sociedades de cáncer de

endometrio de junio 2016, donde la asociación con comorbilidades resultó menor al 50% ⁽¹⁷⁾

Analizando los resultados de cáncer de ovario, y al compararlo con un análisis realizado en México, se pudo observar similitud en cuanto a la edad de diagnóstico, alrededor de 51-55 años. En ambos casos las pacientes diagnosticadas fueron multíparas, en más del 65% de los casos analizados. Al analizar el uso de anticonceptivos hormonales como factor protector, el 100% de los casos de este estudio no lo utilizó, frente a un 60% en México. Al comparar el consumo de tabaco como factor de riesgo, se observó que las pacientes del estudio de México tuvieron mayor consumo con respecto a nuestras pacientes. El periodo de exposición a estrógenos endógenos en nuestro trabajo fue de 27 años, en comparación con los de México que oscilaban en 31 años. Con lo analizado, podemos concluir que existe cierta similitud en los resultados hallados por ambos trabajos. ⁽¹⁸⁾ Al discriminar la estirpe histológica, el cistoadenocarcinoma seroso papilar resultó ser el tipo más frecuente diagnosticado, resultado similar al hallado en un estudio realizado durante 10 años en Hospital de Rosario de Santa Fe, Argentina. ⁽¹⁹⁾

Con todo lo analizado podemos concluir que con respecto al cáncer de cérvix los resultados hallados resultaron desfavorables con respecto a las estadísticas nacionales, lo cual refleja la necesidad de implementar estrategias que aseguren un diagnóstico precoz mejorando así la morbimortalidad. Con respecto al cáncer de ovario, los datos fueron concordantes con los hallados en otros estudios, lo cual refleja la falta de medidas de screening para un diagnóstico temprano. En cuanto al cáncer de endometrio, no se encontraron coincidencias con respecto a los estudios analizados.

Resultaría de importancia realizar un registro correcto de factores de riesgo y antecedentes ginecológico- obstétricos de las pacientes en general, para lograr determinar la población de riesgo y así lograr un diagnóstico temprano que mejore la morbimortalidad de las pacientes.

Bibliografía

(1) Lozano Ascencio Rafael, Gómez Dantés Héctor, Lewis Sarah, Torres Sánchez Luisa, López Carrillo Lizbeth. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2009 ene [citado 2018 Ene 20]; 51 (Suppl 2): s147-s156.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004&lng=es

(2) Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Sala de situación del Cáncer en la República Argentina 2016. [citado 2018 Ene 25].

Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento46.pdf>

(3) Instituto Nacional de Cáncer [Internet] Incidencia. [Citado 2018 Ene 20].

Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/>

(4) Cáncer ginecológico. Seor. España. Disponible en:

[<http://www.seor.es/wp-content/uploads/Tumores-ginecol%C3%B3gicos.-Medicos.pdf>]

(5) Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer cervicouterino. Enero 2014. MSAL. [citado 2018 Ene19].

Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf

(6) Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2016

Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf>

(7) Asociación Argentina de Ginecología Oncológica. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Cáncer Genital Femenino. 3º edición. Buenos Aires- Argentina. 2016

(8) Deis. Estadísticas vitales Información básica. Msal. Argentina 2015. [citado 2018 Ene 19].

Disponible en:

<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

(9) American Cancer Society Cáncer de ovario. ¿Qué es el cáncer de ovario? [citado 2018 Ene 26].

Disponible en:

http://www.fasgo.org.ar/images/Cancer_de_Ovario_Am_Society.pdf

(10) Análisis Provincia de Salta. 2014. [citado 2018 Ene 31]

Disponible en:

<http://www.anlis.gov.ar/cnrl/wp-content/uploads/2014/10/PROVINCIA-DE-SALTA.pdf>

(11) Organización sectorial. Gobierno de la Provincia de Neuquén. [citado 16 Abr 2018]. Disponible en:

<http://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/organizacion-sectorial/>

(12) Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio de Salud Pública. Plan quinquenal de salud 2011 | 2016. [Citado 2018 Feb 2]. Disponible en:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/pagina/botonera/salasisitu/asis/planes_estrategicos/documentos/plan_quinquenal.pdf

(13) Ministerio de Salud Pública. Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de situación de salud por Cáncer. Argentina 2016. Un aporte para la toma de decisiones en salud pública basadas en información. [Citado 2018 Ene 20].

Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf>

(14) Programa para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. 2008. [citado 2018 Ene 20]. Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000891cnt-2016-10-11-proyecto-para-mejoramiento-programa-nacional-prevencion-ccu.pdf>

(15) Orellana H Ricardo, Saavedra Y Fernando, Montero D Juan Carlos, Cisterna C Patricio, Olguín C Francisco, Torretti F Macarena et al. Cáncer de endometrio: experiencia de 10 años en el hospital San Juan de Dios. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2018 Feb 26]; 78(6): 441-446. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000600007&lng=es.

(16) Ibarrola Vidaurre M. Tesis doctoral. Impacto del abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico del Cáncer de endometrio en el Complejo Hospitalario de Navarra durante el periodo 2001-2009. España. [Citado 2018 Feb 26]. Disponible en:

<http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/20971/TESIS+DOCTORAL-12+febrero16.pdf?sequence=1>

(17) Consenso nacional Inter sociedad sobre cáncer de endometrio. Junio 2016. [Citado 2018 Feb 20].

Disponible en:

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

(18) Rivas-Corchado LM, González Geroniz M, Hernández Herrera RJ. Perfil epidemiológico del cáncer de ovario. Ginecol Obstet Mex 2011;79(9):558-564. [Citado 2018 Feb 15].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom119g.pdf>

(19) Pariente L. Cáncer epitelial de ovario. Análisis de supervivencia. Universidad Abierta Interamericana. Rosario de Santa Fé. 2004. [citado 2018 Feb 26] Disponible en:

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC052047.pdf>