



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Tratamiento hormonal vs quimioterapia en recidiva de cáncer  
de ovario en mujeres de 50-75 años atendidas en el hospital  
Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019**

**AUTORES:**

**Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth  
Quiñonez Sánchez, Lenny Stefania**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer**

**Guayaquil, Ecuador**

**1 de mayo del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth y Quiñonez Sánchez, Lenny Stefania**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs**

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras: **Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth y Quiñonez Sánchez, Lenny  
Stefania**

### DECLARAMOS QUE:

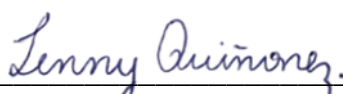
El Trabajo de Titulación, **Tratamiento hormonal vs quimioterapia en recidiva de cáncer de ovario en mujeres de 50-75 años atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**

### AUTORES

f.   
Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth

f.   
Quiñonez Sánchez, Lenny Estefanía



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

**Nosotras: Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth y Quiñonez Sánchez, Lenny  
Stefania**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Tratamiento hormonal vs quimioterapia en recidiva de cáncer de ovario en mujeres de 50-75 años atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**

**AUTORES:**

---

**Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth**

f.   
**Quiñonez Sánchez, Lenny Estefanía**

# REPORTE URKUND



## Document Information

---

Analyzed document	QUINONEZ_VASQUEZ_PRIMER BORRADOR TESIS.docx (D102000333)
Submitted	4/18/2021 8:14:00 AM
Submitted by	
Submitter email	elianavasquezbarthon@hotmail.com
Similarity	2%
Analysis address	jorge.devera.ucsg@analysis.orkund.com

## TUTOR

f.  \_\_\_\_\_

**Dr. De Vera Alvarado, Jorge Eliecer**

## **Agradecimiento**

La vida se encuentra lleno de retos y uno de ellos es la universidad, lugar que no hubiera podido sobrellevar sin la ayuda de Dios que siempre guía mi camino, gracias, padre amado por tus bendiciones día a día desde que empecé este gran reto.

Gracias una y otra vez a mi madre Irma Barthon Macías que es mi inspiración ojalá algún día logre ser como tú, eres única. Mi padre Daniel Vásquez Guale que nunca ha dejado de apoyarme en cada proyecto que me planteo. Mi hermano Gonzalo Vásquez Barthon que siempre ha estado conmigo dándome los mejores consejos para no decaer cuando ya me encontraba muy cansada. A mi segunda madre Alba Macías González que ahora desde el cielo me da la bendición tal cual lo hacía cada día antes de irme a la Universidad o al Hospital, te pienso siempre y te extraño todos los días. A mi tía Lucy Barthon Macías y mi prima Iris Barthon Macías por aguantar mi mal genio y por estar siempre para mí. A mi querido Bryan J Merino por brindarme su apoyo incondicional y su paciencia en etapas difíciles de mi carrera.

Un sabio dijo el agradecimiento es la memoria del corazón y es de esta manera en que llevo guardado cada aprendizaje, cada recuerdo y cada enseñanza que tuve la oportunidad de tener en mi alma mater, mi querida Universidad Católica de Santiago de Guayaquil lugar donde tuve la oportunidad de formarme en la profesional que soy ahora. Lugar que me deja amigas increíbles, Catherine Quevedo, Rebeca Laínez, Lorena Yépez y Gabriela Martínez, las quiero mucho.

¡Por eso y más muchas gracias!

**Vásquez Barthon, Eliana Lisbeth**

## **Dedicatoria**

Por el esfuerzo y su amor inigualable les dedico este trabajo a ustedes mis adorados padres por siempre estar, por apoyarme incluso cuando sentía que ya no podía más, por creer en mí, por ser siempre mi pilar y por enseñarme buenos valores. Atesoro cada consejo y enseñanza en mi corazón, con ustedes todo sin ustedes nada. A mi hermano, mis familiares y amigos, que han sido mi apoyo en todo momento. A todos ustedes por inspirarme contribuyendo a lograr mis metas y mis objetivos propuestos. Esto es posible gracias a ustedes.

**Vásquez Barthón, Eliana Lisbeth**

## **DEDICATORIA**

Yo, Lenny Stefania Quiñonez Sanchez, Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres que han sido parte fundamental en mi vida universitaria.





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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

OPONENTE

## INDICE

introducción .....	2
Objetivos .....	3
Objetivo General .....	3
Objetivos Específicos .....	3
Hipótesis.....	3
Capítulo I: Marco Teórico.....	4
1.1 Cancer De Ovario.....	4
1.1.2 Definición.....	4
1.1.2 Clasificación De Tumores De Ovario .....	4
Células germinales.....	4
Cordones sexuales y estroma ovárico.....	4
1.1.3 Factores De Riesgos .....	6
1.1.4 Técnica Quirúrgica.....	6
1.1.5 Cirugía Citorreductora Del Cáncer Ovárico Epitelial.....	7
1.1.6 Tratamiento Quirúrgico De Neoplasias De Células Germinales Y Del Estroma.....	7
1.1.7 Edad.....	8
1.1.8 Tratamiento Post Quirúrgico .....	8
Capítulo Ii: Materiales Y Métodos .....	13
2.1 Tipo Y Diseño De Estudio .....	13
2.2 Area De Estudio, Población De Referencia De Estudio.....	13
2.3 Población Y Muestra .....	13
2.4 Criterios De Inclusión Y Exclusión.....	14
Capítulo Iii: Resultados.....	14
Capítulo Iv: Discusión .....	16
Conclusión.....	17
Recomendaciones .....	18
Bibliografía.....	19
Anexos .....	21

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de las edades según el tipo de tratamiento postquirúrgico. .21	
Gráfico 2. Tabla cruzada y prueba cruzada entre el tipo de tratamiento y la técnica quirúrgica.....21	
Gráfico 3. Tabla cruzada y chi cuadrado entre tipo de tratamiento y efectos adversos.....22	
Gráfico 4. Tabla cruzada entre tipo de tratamiento y recidivas.....22	
Gráfico 5. Media y mediana del tiempo de supervivencia según el tipo de tratamiento postquirúrgico. ....23	
Gráfico 6. Supervivencia acumulada según el tipo de tratamiento y el desarrollo de recidivas. ....23	
Gráfico 7. Prueba Long Rank y valor p entre el tiempo de supervivencia y el tipo de tratamiento.....23	
Gráfico 8. Tabla cruzada y estimación de riesgo entre tamoxifeno y efectos adversos.....24	
Gráfico 9. Tabla cruzada y estimación de riesgo entre quimioterapia y efectos adversos.....24	

## Índice De Tablas

Tabla 1. Clasificación de tumores de ovario.....4	
Tabla 2. Factores de riesgo de cáncer de ovario .....6	
Tabla 3. Características de los 232 pacientes con cáncer de ovario. La edad esta expresada en promedio y las demás variables en frecuencia .....25	
Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los efectos adversos en los pacientes que recibieron tratamiento hormonal. ....25	
Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de los efectos adversos en los pacientes que recibieron quimioterapia.....25	

## Resumen

**Introducción:** En la actualidad en Ecuador se usa la terapia hormonal como tratamiento post quirúrgico en cáncer de ovario a un 40% de pacientes. La quimioterapia sigue siendo el tratamiento post quirúrgico de primera elección en Ecuador aplicado al 60% de mujeres. Diversos estudios demuestran que el uso de quimioterapia aumenta hasta 12 meses la supervivencia. Por lo que objetivo de este estudio es demostrar la eficacia de la quimioterapia sobre la terapia hormonal. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal revisando historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019. **Resultados:** Con la prueba de supervivencia de Kaplan-Meier se obtuvo: quimioterapia (mediana de supervivencia: 11; IC: 9,89-12,01) y los que recibieron tamoxifeno (mediana de supervivencia: 8; IC: 6,64-9,35), valor p 0,001 mediante la prueba Long Rank. El tamoxifeno causa efectos adversos en más pacientes (n=67;87,01%), que la quimioterapia (n=123;74,54%). La alopecia con 33/77 casos (37,66%) fue más frecuente con el tamoxifeno y con la quimioterapia fue la anemia con 65/165 (38,18%). El riesgo de efectos adversos fue: tamoxifeno (OR: 28,95; IC: 13,75-60,98), quimioterapia (OR: 5,7; IC: 3,11-10,42). **Conclusiones:** La quimioterapia es más efectiva que el tratamiento hormonal en la etapa postquirúrgica del cáncer de ovario, por lograr un mayor tiempo sin recidivas, por lo que se acepta la hipótesis de este estudio. El tamoxifeno causa efectos adversos en más pacientes, que la quimioterapia. Y el riesgo de estos efectos adversos es menor en el grupo con quimioterapia.

**Palabras claves:** Cáncer de ovario, quimioterapia, terapia hormonal, factores de riesgo, tamoxifeno, alopecia, anemia, recidivas.

## Abstract

**Introduction:** Currently in Ecuador hormone therapy is used as a post-surgical treatment in ovarian cancer in 40% of patients. Chemotherapy continues to be the first-choice post-surgical treatment in Ecuador applied to 60% of women. Several studies show that the use of chemotherapy increases survival up to 12 months. Therefore, the objective of this study is to demonstrate the efficacy of chemotherapy over hormonal therapy.

**Materials and methods:** A descriptive, observational cross-sectional study was carried out reviewing the medical records of patients treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in 2019. **Results:** The Kaplan-Meier survival test obtained: chemotherapy (median survival : 11; CI: 9.89-12.01) and those who received tamoxifen (median survival: 8; CI: 6.64-9.35), p-value 0.001 using the Long Rank test. Tamoxifen causes adverse effects in more patients (n = 67, 87.01%), than chemotherapy (n = 123, 74.54%). Alopecia with 33/77 cases (37.66%) was more frequent with tamoxifen and with chemotherapy it was anemia with 65/165 (38.18%). The risk of adverse effects was: tamoxifen (OR: 28.95; CI: 13.75-60.98), chemotherapy (OR: 5.7; CI: 3.11-10.42). **Conclusions:** Chemotherapy is more effective than hormonal treatment in the postoperative stage of ovarian cancer, as it achieves a longer time without recurrences, which is why the hypothesis of this study is accepted. Tamoxifen causes adverse effects in more patients than chemotherapy. And the risk of these adverse effects is lower in the chemotherapy group.

**Key words:** Ovarian cancer, chemotherapy, hormonal therapy, risk factors, tamoxifen, alopecia, anemia, relapses.

## Introducción

La séptima neoplasia maligna más frecuente de todo el mundo es el cáncer de ovario, con el 3% a 6,6% de nuevos casos por cada 100 mil mujeres por año, siendo la cuarta causa de muerte. con 21,750 casos nuevos diagnosticados en 2018, y 13,940 falleciendo, siendo el 80% más común en postmenopáusicas y entre 5-10% suele atribuirse a origen genético <sup>1</sup>.

En España es la quinta neoplasia más frecuente en la población femenina, con una incidencia del 3.7%, y una mortalidad del 4.8% según los datos epidemiológicos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)<sup>2</sup> A nivel mundial, más del 75% de los casos son diagnosticados en una etapa avanzada de la enfermedad (estadio III-IV) <sup>3</sup>, por lo cual es de suma importancia aplicar un tratamiento post quirúrgico <sup>4</sup>

En la actualidad en Ecuador se está manejando la terapia hormonal como tratamiento post quirúrgico en cáncer de ovarios a un 40% de pacientes <sup>5</sup> es poco usado comparando a los estudios en España su uso ha sido a un 70% de pacientes teniendo resultados positivos en cuanto a evitar la recidiva de cáncer de ovario y a su vez la diseminación de este, donde se ven también menos efectos adversos que otros tratamientos, especialmente en aquellas pacientes postmenopáusicas.<sup>6</sup>

La quimioterapia sigue siendo el tratamiento post quirúrgico de 1era elección en Ecuador aplicado a un 60% de mujeres con los cuales se han tenido índices de buena respuesta relativamente altos. <sup>7</sup> Diversos estudios demuestran que el uso de quimioterapia aumenta hasta 12 meses la supervivencia en pacientes con cáncer de ovario <sup>8</sup>.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Establecer cuál de los dos métodos terapéuticos: terapia hormonal o quimioterapia, es más eficiente y con menos efectos adversos en el tratamiento postquirúrgico de cáncer de ovario.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar cuál de los dos tratamientos tiene más efectos adversos para establecer la seguridad de aplicación.
- Determinar qué efectos adversos produce el tratamiento hormonal y quimioterapia en cáncer de ovario.
- Correlacionar los efectos adversos con tratamiento postquirúrgico en cáncer de ovario.

## **Hipótesis**

La aplicación de la quimioterapia es más efectiva que la terapia hormonal como tratamiento post quirúrgico en cáncer de ovario.

# CAPÍTULO I: Marco Teórico

## 1.1 Cáncer de Ovario

### 1.1.2 Definición

Se define como cáncer de ovario al crecimiento descontrolado de sus células, a su vez estas pueden extenderse a otras partes del cuerpo el cual se lo conoce como metástasis. Con el fin de la reproducción se generan óvulos a través de las glándulas reproductoras femeninas denominados ovarios que están ubicados a cada lado del útero. Las trompas de Falopio son conductos que transportaran a los óvulos para que estos al llegar al útero puedan implantarse en las paredes uterina una vez que ya fue fecundado, para desarrollarse en un feto. A demás los ovarios producen las hormonas femeninas estrógeno y progesterona.

### 1.1.2 Clasificación de tumores de ovario

La clasificación del cáncer de ovario queda fundamentada por los tumores y en la existencia de los 3 tipos de tejido ovárico<sup>9</sup>

**Tabla 1. Clasificación de tumores de ovario**

<b>Epitelio de superficie o celómico.</b>	<b>Células germinales.</b>	<b>Cordones sexuales y estroma ovárico.</b>
Tumores serosos ováricos	Teratomas	Tumores de la granulosa y del estroma
Tumores mucinosos ováricos	Tumores no teratomatosos	Tumores de células de Sertoli y del estroma
Tumores endometrioides ováricos	Tumores germinales mixtos	Tumores del estroma gonadal y de los cordones sexuales de tipos mixtos y formas no clasificadas
Tumores de células claras ováricos		Tumores de células esteroides



Tumores de células transicionales		
Lesiones escamosas		
Tumores mixtos epiteliales		

**Fuente:** American Cancer Society. 2019

**Elaborado por:** Quiñonez Sanchez Lenny Stefania

Ocupando el primer lugar con un 65-70 % las neoplasias más comunes son provenientes del epitelio de superficie o celómico, un 15-20 % para las células germinales; 5 al 10 %, para los provenientes de los cordones sexuales y estroma ovárico; y el 5 % que comprenden a tumores metastásicos.

Los tumores epiteliales de ovario forman un grupo de neoplasias que se diferencian en su epidemiología, factores de riesgo genéticos, cormobilidades y desenvolvimiento clínico. Los diferentes subtipos histopatológicos, es decir, los carcinomas serosos, mucinosos, endometrioides, de células claras y de transición y los carcinosarcomas, probablemente tienen diferentes orígenes y parecen evolucionar a lo largo de distintas vías<sup>11</sup>.

Los tumores serosos comprenden a aquellos de contenidos quísticos y bilaterales en el 30% de los casos. Los cistoadenomas suelen presentarse de forma multiloculares, sin embargo, se los puede encontrar de forma uniloculares y de tamaño pequeño. Existen dos variedades más que son el cistoadenoma simple y el cistoadenoma papilar, que suele ser bilateral y de dimensiones variables<sup>10</sup>.

El 85% de los tumores mucinosos son de tamaño gigante, multiloculares y unilaterales suelen ser benignos, pero en ocasiones específicas podría romper su cápsula y provocar un pseudomixoma peritoneal e ir asociado a un mucocele apendicular. <sup>11</sup>.

### 1.1.3 Factores de riesgos

Los factores de riesgo asociados a padecer cáncer de ovario se resumen en la tabla 2:

**Tabla 2. Factores de riesgo de cáncer de ovario**

• Edad
• Obesidad
• Antecedentes relacionados con la reproductividad
• Control de la natalidad
• Cirugía ginecológica
• Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT)
• Andrógenos
• Antecedentes familiares de cáncer de ovario, del seno o cáncer colorrectal
• Síndromes de cáncer familiar
• Antecedentes personales de cáncer de seno
• Talco
• Hábito de fumar y consumo de alcohol
• Alimentación

**Fuente:** American Cancer Society, 2019

**Elaborado por:** Quiñonez Sanchez Lenny Stefania

### 1.1.4 Técnica Quirúrgica

El tratamiento quirúrgico es una de las principales vías terapéuticas en el cáncer de ovario. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el proceso quirúrgico que se realice depende de cuan extendido se encuentre su cáncer y su estado general de salud. Depende también la edad de los pacientes que dependiendo de qué tipo de tumor y etapa de cáncer se encuentre se pueden tomar otras medidas terapéuticas sin necesidad de extirpar ambos ovarios.

Luego de determinar el estadio de las neoplasias malignas de ovario de acuerdo a la diseminación del tumor, se procede a elegir el tratamiento quirúrgico más adecuado: salpingooforectomía bilateral, histerectomía o epiplectomía. Se conoce a él epiplón como una capa de tejido adiposo que cubre los contenidos abdominales, se realiza esta cirugía ya que en algunas ocasiones el cáncer de ovario se propaga a esta zona. A su vez se realizan biopsia de ciertos ganglios linfáticos de la pelvis y abdomen para verificar que no esté tomando otras áreas, si se encuentra liquido en cavidades se extrae el mismo para su posterior estudio. Se recalca la importancia de la estadificación para las decisiones terapéuticas del paciente. <sup>13</sup>

### **1.1.5 Cirugía citorreductora del cáncer ovárico epitelial**

La cirugía citorreductora se conoce también como citorreducción tumoral, es un procedimiento quirúrgico que se realiza para tratar tumores en diferentes localizaciones, se emplea para tumores originados en el abdomen y se extienden hasta el peritoneo. En el cáncer de ovario se realiza cuando ya existe propagación del cáncer hasta el abdomen el objetivo del procedimiento es eliminar de manera todos los tumores que midan más de 1cm. Los pacientes que realizan este proceso denominado cito reducción óptima se considera tienen mejor pronóstico que aquellos que dejaron extractos de tumor realizando Cito reducción subóptima. Cabe recalcar que realizar este proceso quirúrgico puede afectar a órganos que se encuentren implicados de manera irreversible. <sup>13</sup>

### **1.1.6 Tratamiento quirúrgico de Neoplasias de células Germinales y del Estroma.**

Como todo tratamiento quirúrgico el objetivo del mismo es extraer el tumor por lo cual se debe tener en cuenta que según la ACS "American Cancer Society". La histerectomía y salpingooforectomía bilateral son las técnicas de elección para el tratamiento quirúrgico de la mayoría de las neoplasias

de células germinales de ovario. Por otro lado, se sabe que los tumores ováricos del estroma se encuentran en un solo ovario. Si se ha tomado más tejido se recomienda una cirugía citorrreductora tumoral, y si la paciente se encuentra en edad fértil se deja el ovario sano para que pueda concebir, pero para las mujeres después de la edad fértil con tumores de células germinales y del estroma se recomienda realizar la extirpación quirúrgica del útero, trompas de Falopio del ovario contralateral. <sup>13</sup>

### 1.1.7 Edad

Como factor de riesgo de cáncer de ovario se considera la edad avanzada, pero a cualquier edad puede adquirirse un tumor de ovario, aunque es más frecuente que se presenten entre los 50 a 60 años <sup>14</sup>

El excelente estado funcional, cáncer del tipo serosopapilar, mutación BRCA, neoplasia bien diferenciada y ser joven, son otros factores de riesgo. <sup>15</sup>

Hay que tener en cuenta las mutaciones genéticas hereditarias ya la edad en estos casos no es premonitoria. Los genes que aumentan el riesgo son: (BRCA1 y 2) gen del cáncer de mama y ovario. Entre otras alteraciones genéticas importantes están las asociadas con el síndrome de Lync que aumentan el riesgo de cáncer. <sup>14</sup>

Para la prevención de este cáncer en algunas ocasiones se acude a realizar **Ooforectomía** profiláctica: procedimiento quirúrgico que ayuda a la prevención del **cáncer** por medio de la extirpación quirúrgica de tus **ovarios**. La cual reduce el riesgo de padecer cáncer de ovario o mama si se tiene un alto factor de riesgo. <sup>14</sup>

### 1.1.8 Tratamiento Post Quirúrgico

#### Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento sistémico que consiste en la administración de medicamentos por medio del torrente sanguíneo o vía

oral para tratar y extraer pequeñas cantidades de células malignas que podrían quedar posterior al procedimiento quirúrgico con el fin de evitar recidivas. El tratamiento con quimioterapia depende mucho de la clasificación.

### **Tratamiento con quimioterapia para el tumor epitelial de ovario.**

En general, se usa la acción combinada de dos fármacos diferentes. Ya que ha demostrado más efectividad en recidivas y a su vez se lo usa como primer tratamiento contra el cáncer de ovario. Suele, tener una combinación de dos tipos de drogas el uno un tipo que es el compuesto de platino siendo los más conocidos el cisplatino o carboplatino, y el otro tipo de drogada llamado un taxano, como el paclitaxel con nombre comercial de Taxol o docetaxel. Estos medicamentos suelen ser administrado de forma intravenosa cada 3 a 4 semanas.

Cursa con un tiempo en 3 a 6 ciclos de tratamiento, claro que todo esto dependerá mucho del tipo de cáncer y la etapa del. Se conoce como ciclo cuando hay dosis regulares de un medicamento, seguidas un corto período de descanso, pero estos dependerán mucho también del medicamento que se administre.

Comúnmente los tumores epiteliales de ovario se reducen hasta incluso desaparecer mediante los fármacos quimioterapéuticos, pero pueden ocurrir recidivas. Una vez que la quimioterapia logro extinguir las células cancerosas con éxito durante 6 a 12 meses es posible utilizar otra vez los mismos fármacos de la quimioterapia que se empleó la primera vez. Para otros casos es recomendable cambiar a otros fármacos.

## **Tratamiento quimioterapéutico intraperitoneal.**

En los tumores ováricos en estadio III se considera con significancia que hay una metástasis a nivel abdominal y cuyos cánceres se reducen se puede considerar emplear tratamiento quimioterapéutico intraperitoneal aparte de la quimioterapia por circulación sistémica (paclitaxel intravenoso). Se considera un método más efectivo a comparación de la quimioterapia intravenosa sola, pero a su vez los efectos secundarios suelen ser más graves.

En la quimioterapia intraperitoneal también se usan los mismos medicamentos, pero la diferencia es la ubicación que en este caso será en la cavidad abdominal a través de un catéter por lo que se dirige la concentración de los medicamentos concisamente a las células malignas en cavidad abdominal y su vez transitará por el torrente sanguíneo destruyendo las células que se encuentran fuera de la misma.

Este mismo fármaco se utiliza para la inflamación intraabdominal, pero es la ubicación lo que lo distingue. En este caso, la mayor parte del fármaco concentrado se administra directamente a las células cancerosas en el orificio porque está en la cavidad abdominal a través de un catéter. Por lo tanto, a su vez, atraviesa las células teñidas de sangre fuera de esta abertura.

El catéter se coloca durante la cirugía citorreductora que será el indicador de que en qué fase está el cáncer, se puede colocar en fechas posteriores por medio de laparoscopia o bajo guía de valoración de imágenes. Se realiza el protocolo requerido y se enlaza el catéter a una vía de acceso central, con esta forma de quimioterapia se debe tener mucha prudencia ya que esta susceptible a infecciones o taponamiento de catéteres.

## **Quimioterapia para tumores de células germinales**

Al ser un Cáncer agresivo el paciente recibirá una combinación de quimioterapia. BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino) y platino es la combinación que se usa con más frecuencia, pero si el cáncer es muy perceptivo al tratamiento con quimioterapia, se puede realizar una combinación menos agresiva con carboplatino y etopósido.

Si se presentan recidivas se emplea otras combinaciones como: Altas dosis de quimioterapia, TIP (Taxol, ifosfamida y cisplatino, paclitaxel/, /Platinol), VeIP: Vinblastina, ifosfamida, y cisplatino/ Platinol, VIP (VP-16, ifosfamida/ etopósido, y cisplatino/Platinol), VAC (vincristina, dactinomicina y ciclofosfamida).

## **Quimioterapia para tumores del estroma**

El tratamiento de elección para los tumores del estroma ovárico no se lo realiza con quimioterapia, hay excepciones donde se emplea un tratamiento que consiste en la combinación de carboplatino + paclitaxel o PEB (Platinol, etopósido bleomicina / y cisplatino).

## **Efectos secundarios de la quimioterapia**

Los efectos secundarios, dependerán de dosis, y duración de fármacos administrados entre los más comunes: náuseas, vómitos, inapetencia, alopecia, aftas bucales.

## **Terapia hormonal**

Es un tipo de terapia sistémica que emplea el uso de las hormonas como método para combatir ciertos tipos de cánceres, es de uso frecuente como tratamiento de los tumores de estroma ovárico. Entre ellos los más conocidos son:

## **Agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante**

Su función será parar la producción de estrógeno en los ovarios en las mujeres que aún se encuentran en etapa peri menopáusica. Entre los medicamentos agonistas de GnRH incluyen la goserelina y la leuprolida. Estos fármacos se administran cada 1 a 3 meses, entre las reacciones adversas pueden incluir síntomas menopáusicos, como bochornos y resequedad vaginal. Si estos medicamentos han sido administrados por larga data pueden producir osteoporosis.

## **Tamoxifeno**

Se utiliza de manera usual para en el cáncer de mama. Pero también se lo emplea como tratamiento para tumores de estroma ovárico. El tamoxifeno funciona como un anti-estrógeno en muchas partes del cuerpo, pero al ser un estrógeno débil producirá que no se estimule el crecimiento de células malignas. Efectos secundarios son resequedad vaginal y bochornos. No produce osteoporosis, pero puede aumentar el riesgo de trombos en miembros inferiores.

## **Inhibidores de la aromatasa**

Son farmacos que al inhibir la aromatasa actúan convirtiendo a otras hormonas en estrógeno en mujeres posmenopáusicas. También se lo usa para el tratamiento de cáncer de mama, pero también para recidivas post tratamiento en tumores del estroma ovárico y carcinomas serosos. Estos fármacos se administran de manera oral una vez al día, se los conoce como: letrozol, anastrozol y exemestano. Puede producir dolor articular, bochornos, mialgias y degeneración de los huesos.



## **CAPÍTULO II: Materiales y Métodos**

### **2.1 Tipo y diseño de estudio**

Estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

### **2.2 Area de estudio, población de referencia de estudio**

Se realizó en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019, es un hospital de tercer nivel de atención ubicado en Av. 25 de Julio

El presente estudio es viable por cuanto es de interés en el área de salud y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, se cuenta con el aval de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, la cooperación institucional del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, además, la institución de salud tiene la cantidad adecuada de pacientes con la patología de estudio al ser una enfermedad de impacto en la salud pública en este grupo vulnerable.

### **2.3 Población y muestra**

La población de estudio corresponde a las mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario, atendidas en el área de ginecología atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en los años del 2016-2019.

## 2.4 Criterios de inclusión y exclusión

### ***Criterios de inclusión:***

- Pacientes sexo femenino diagnosticadas con cáncer de ovario
- Pacientes con intervención quirúrgica de 50 – 75 años con diagnóstico de cáncer de ovario primario
- Pacientes con tratamiento post quirúrgico con terapia hormonal o quimioterapia
- Pacientes con controles post quirúrgico de 6 a 8 meses
- Pacientes con cáncer de ovario metástasis

### ***Criterios de exclusión:***

- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes con cáncer de ovario menores a 50 años o mayores a 75 años

## **CAPÍTULO III: Resultados**

Como parte del análisis descriptivo de la muestra de este estudio, se construyó una tabla con las características de los pacientes dividiéndolos en quienes recibieron quimioterapia y quienes recibieron terapia hormonal, es decir, tamoxifeno (**tabla 1**). Como la variable edad tiene una distribución asimétrica se demuestra por medio de la de mediana que los pacientes que recibieron quimioterapia tenían mayor edad que los que recibieron tamoxifeno, pero la prueba Mann U Whitney de 2 muestras independientes expresa que la diferencia de edad entre estos dos grupos no es significativa con un valor P de 0,408 (**gráfico 1**). También se registró las frecuencias de los tipos de cirugía (histerectomía radical con anexectomía bilateral, ooforectomía y citoreducción) que recibieron los pacientes y el resultado fue no significativo con valor p de 0,53 (**gráfico 2**). Por otra parte, las variables efectos adversos (valor p 0,028) y recidivas mostraron resultados significativos (valor p <0,001), es decir, los efectos adversos y las recidivas se muestran diferentes en

frecuencia dependiendo del tipo de tratamiento postquirúrgico que siguieron los pacientes, con mayores efectos adversos (n=123) y recidivas (n=48) en el grupo que recibió quimioterapia (**gráfico 3 y 4**).

Para demostrar cuál tipo de tratamiento es más eficaz se realizó la prueba de supervivencia de Kaplan-Meier En la cual primero se comparó las medianas de supervivencia entre el grupo que recibió quimioterapia (mediana: 11; IC: 9,89-12,01) y los que recibieron tamoxifeno (mediana: 8; IC: 6,64-9,35) (**gráfico 5**). Esto se demuestra en el gráfico de su función de supervivencia, el cuál muestra que las recidivas fueron menores en el grupo que recibió quimioterapia (**gráfico 6**). Por último, con la prueba Long Rank se demuestra una asociación significativa entre la variable recidiva y los tipos de tratamientos que recibieron los pacientes con un valor p de 0,001 altamente significativo (**gráfico 7**).

Los pacientes que recibieron quimioterapia desarrollaron mayores efectos adversos que los pacientes que recibieron terapia con tamoxifeno. De los efectos adversos en el grupo que tomo tamoxifeno, el más frecuente fue la alopecia con 33/77 casos (37,66%). Por otra parte, en el grupo que recibió quimioterapia lo efectos adversos más frecuentes que se presentaron fueron la anemia con 65/165 casos (38,18%) y la neutropenia 65/165 (38,18%) (**tabla 2 y 3**).

Para determinar cuál de los 2 tipos de tratamiento se considera con mayor riesgo de presentar efectos adversos, se realizó la prueba odds radio para cada uno de los grupos. Se observó que el riesgo es mayor en los pacientes que reciben tamoxifeno (OR: 28,95; IC: 13,75-60,98) comparado con el riesgo de tener efectos adversos en el grupo que recibió quimioterapia (OR: 5,7; IC: 3,11-10,42) (**gráfico 8 y 9**).

## **CAPÍTULO IV: Discusión**

En la muestra de este estudio el tratamiento con quimioterapia (71,12%) fue más usado que el tratamiento hormonal (33,18%), mediante la prueba de Kaplan Meier se demuestra que la mediana de supervivencia fue mayor en los pacientes que recibieron quimioterapia (11 meses) y que el resultado de esta prueba fue significativo (valor p: 0,001) por Long Rank test, por lo que se afirma que la quimioterapia logra un mayor tiempo de supervivencia que la terapia hormonal.

Los efectos adversos fueron más frecuentes en los que recibieron tratamiento hormonal (87,01%) que los que recibieron quimioterapia (71,12%), de esta asociación el valor p fue de 0,02 lo que demuestra que si hay diferencias significativas de efectos adversos dependiendo del tipo de tratamiento postquirúrgico.

Se calculo el riesgo de presentar efectos adversos según el tipo de tratamiento y se demostró que los pacientes que recibieron terapia con tamoxifeno tenían 5,07 (OR: 28,95; tamoxifeno/OR:5,7; quimioterapia) veces mayor riesgo que los pacientes que recibieron quimioterapia, ambos odds ratio fueron significativos por tener intervalos de confianza que no contenían a 1, por lo que los resultados son confiables.

A pesar de que hubo mayor diversidad de efectos adversos en el grupo que recibió quimioterapia, fueron más frecuentes en los pacientes que recibieron tamoxifeno.

Así mismo, el riesgo en desarrollar estos efectos adversos fue menor en los que recibieron quimioterapia comparado con el riesgo del grupo que recibió terapia hormonal. Adicionalmente, la media de supervivencia fue mayor en los pacientes que recibieron quimioterapia, por lo tanto, considerando todos estos resultados la eficacia de la quimioterapia resulta ser mayor y con menos complicaciones que la terapia hormonal.

Actualmente, existe poca evidencia que respalde el uso de terapia hormonal como tratamiento postquirúrgico del cáncer de ovario, uno de los pocos artículos similares al de este estudio es el de Lindemann y colaboradores, el cual compara la efectividad de la quimioterapia y el tamoxifeno en 234 pacientes, en los cuales la prueba de Kaplan Meier mostró que la media de supervivencia fue mayor en los pacientes que recibieron quimioterapia comparado con los que recibieron tamoxifeno (12,27 semanas vs 8,3 semanas), similarmente el Long Rank test identificó que este resultado fue altamente significativo (valor p 0,003) (16).

A pesar de eso, el estudio publicado en el 2017 mencionado anteriormente, indica que la toxicidad fue mayor en el grupo de recibió quimioterapia, lo cual contrasta con el resultado del HTMC, donde el tamoxifeno causó mayor porcentaje de pacientes con efectos adversos (16).

## **Conclusión**

- La quimioterapia es más efectiva que el tratamiento hormonal en la etapa postquirúrgica del cáncer de ovario, por lograr un mayor tiempo sin recidivas, por lo que se acepta la hipótesis de este estudio. Además, se establece que el tamoxifeno causa efectos adversos en más pacientes, pero la quimioterapia causa mayor diversidad de los efectos adversos. Aunque el riesgo de estos efectos adversos es menor en el grupo con quimioterapia. Todos estos hallazgos reafirman la mayor eficacia de la quimioterapia.

## Recomendaciones

- Se sugiere el uso obligatorio de quimioterapia en el tratamiento postquirúrgico del cáncer de ovario.
- Es recomendable prohibir el uso del tamoxifeno en el tratamiento postquirúrgico del cáncer de ovario.
- Promover la correcta entrega información al paciente donde se índice que la quimioterapia a pesar de ser mas efectiva que el tratamiento no elimina por completo la probabilidad de recidivas.
- Se debe considerar la estricta vigilancia periódica y rutinaria de estos pacientes a pesar de estar en la etapa postquirúrgica del cáncer de ovario.
- Es aconsejable la educación de las mujeres menopáusicas acerca del cáncer de ovario y sus desencadenantes, como medida preventiva de nivel primario, implementando charlas informativas en los centros de salud de primer nivel.

## Bibliografía

1. Las pacientes de cáncer de ovario tienen mejor pronóstico operadas por ginecólogos oncólogos. Redacción Médica. [cited 2020 Jun 15].
2. Cáncer de ovario. Pacientes Ecuador. 2020
3. ovárico C. Cáncer ovárico: MedlinePlus enciclopedia médica; Medlineplus.gov. 2020
4. Cáncer de ovario - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2020 [cited 15 June 2020].
5. Cáncer de ovario - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019.
6. Cornou C, Bertrand A, Mouret M-A, Le Bouedec G, Béguinot M, Pomel C. Tratamiento quirúrgico de las recidivas de los tumores epiteliales del ovario. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2020 Mar 1;56(1).
7. Terapia hormonal para el cáncer de ovario. [cited 2020 Jun 15].
8. El uso de la terapia hormonal en el cáncer de ovario epitelial recidivante [Internet]. [cited 2020 Jun 15]
9. Le Frère B. Clasificación histopatológica de los tumores ováricos. 2015; 1(14).
10. Martínez M. Tumores Epiteliales Ováricos Benignos Y Borderline Versus Carcinomas Invasivos. Alicante: 2015.
11. Wang Y, Qi K. Follicle Depletion Provides a Permissive Environment for Ovarian Carcinogenesis. *Mol Cell Biol*. 2016; 36(18): p. 2418–2430.
12. Singh, A. (2019). Epigenetic Biomarkers in the Management of Ovarian Cancer: Current Prospectives. *Front Cell Dev Biol*, 7(1). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761254/>

13. American Cancer Society. Treating Ovarian Cancer: 2018
  
14. Mayo Clinic. Ovarian cancer: 2019
  
15. Del Campo José María. Cáncer de Ovario. Sociedad Española de Oncología Médica: 2020
  
16. Lindemann K, Gibbs E, Åvall-Lundqvist E, dePont Christensen R, Woie K, Kalling M, et al. Chemotherapy vs tamoxifen in platinum-resistant ovarian cancer: a phase III, randomised, multicentre trial (Ovaresist). Br J Cancer. febrero de 2017;116(4):455-63.



## Anexos

### GRÁFICOS

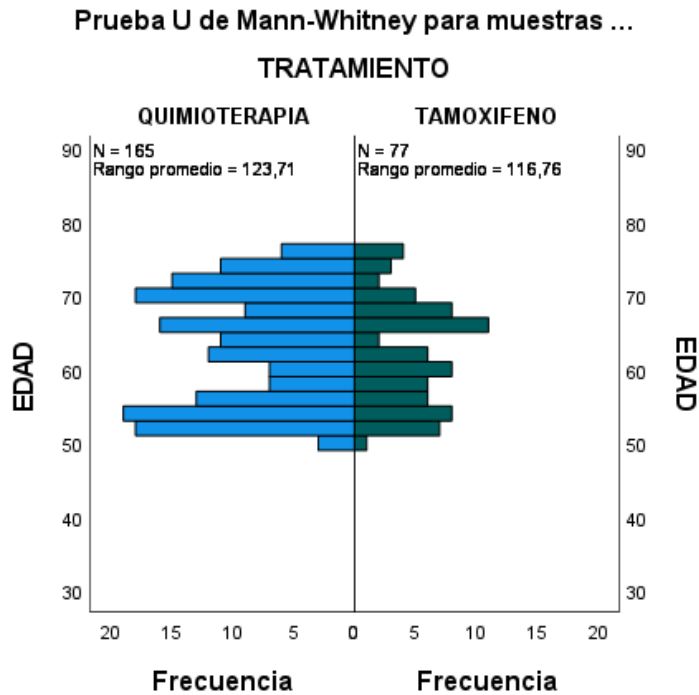


Gráfico 1. Distribución de las edades según el tipo de tratamiento postquirúrgico.

Tabla cruzada TECNICA QUIRURGICA\*TRATAMIENTO

Recuento

		TRATAMIENTO		Total
		QUIMIOTERAPIA	TAMOXIFENO	
TECNICA QUIRURGICA	CITORREDUCCION	19	11	30
	HISTERECTOMIA RADICAL CON ANEXECTOMIA BILATERAL	137	64	201
	OOFORECTOMIA	9	2	11
Total		165	77	242

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,268 <sup>a</sup>	2	,530

Gráfico 2. Tabla cruzada y prueba cruzada entre el tipo de tratamiento y la técnica quirúrgica.

### Tabla cruzada EFECTO ADVERSO\*TRATAMIENTO

Recuento

		TRATAMIENTO		Total
		QUIMIOTERA PIA	TAMOXIFENO	
EFECTO ADVERSO	SI	123	67	190
	NO	42	10	52
Total		165	77	242

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,837 <sup>a</sup>	1	,028

Gráfico 3. Tabla cruzada y chi cuadrado entre tipo de tratamiento y efectos adversos.

### Tabla cruzada RECIDIVAS \*TRATAMIENTO

Recuento

		TRATAMIENTO		Total
		QUIMIOTERA PIA	TAMOXIFENO	
RECIDIVAS	SI	58	48	106
	NO	107	29	136
Total		165	77	242

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,763 <sup>a</sup>	1	<,001

Gráfico 4. Tabla cruzada entre tipo de tratamiento y recidivas.

**Medias y medianas para el tiempo de supervivencia**

TRATAMIENTO	Estimación	Media <sup>a</sup>			Mediana			
		Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %		Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
QUIMIOTERAPIA	9,112	,324	8,477	9,748	11,000	,562	9,899	12,101
HORMONAL O TAMOXIFENO	7,679	,424	6,848	8,511	8,000	,693	6,641	9,359
Global	8,590	,261	8,078	9,101	9,000	,576	7,872	10,128

a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

Gráfico 5. Media y mediana del tiempo de supervivencia según el tipo de tratamiento postquirúrgico.

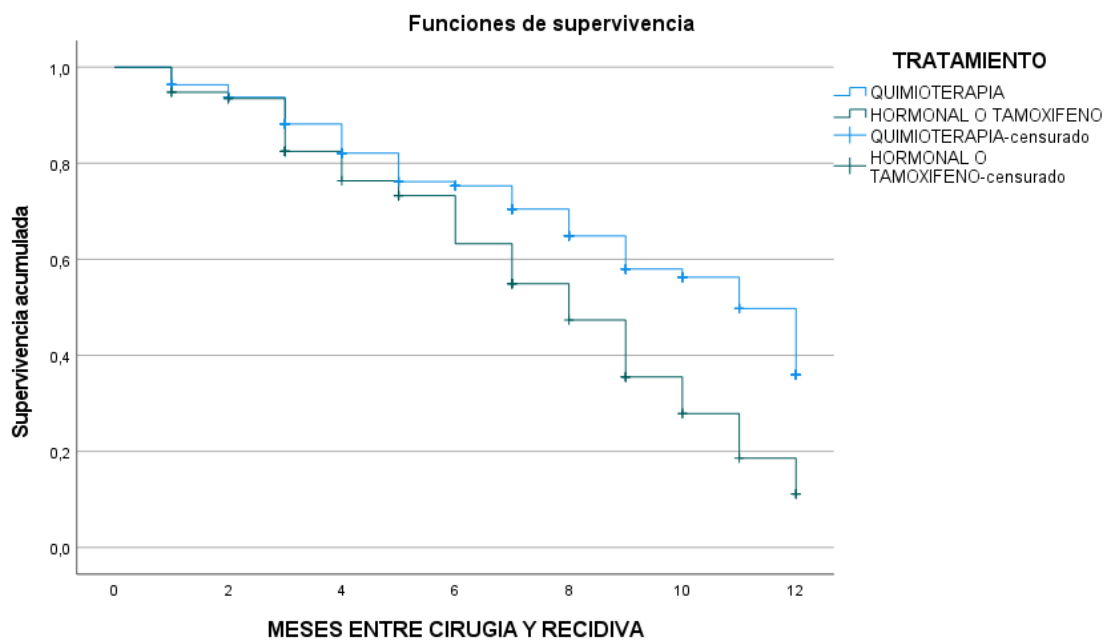


Gráfico 6. Supervivencia acumulada según el tipo de tratamiento y el desarrollo de recidivas.

**Comparaciones globales**

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	10,192	1	,001

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de TRATAMIENTO.

Gráfico 7. Prueba Long Rank y valor p entre el tiempo de supervivencia y el tipo de tratamiento.

**Tabla cruzada TAMOXIFENO\*EFECTO ADVERSO  
TAMOXIFENO**

Recuento

		EFECTO ADVERSO TAMOXIFENO		Total
		SI	NO	
TAMOXIFENO	SI	65	12	77
	NO	26	139	165
Total		91	151	242

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para TAMOXIFENO (SI / NO)	28,958	13,751	60,982

Gráfico 8. Tabla cruzada y estimación de riesgo entre tamoxifeno y efectos adversos

**Tabla cruzada QUIMIOTERAPIA\*EFECTOS ADVERSO  
QUIMIOTERAPIA**

Recuento

		EFECTOS ADVERSO QUIMIOTERAPIA		Total
		SI	NO	
QUIMIOTERAPIA	SI	110	55	165
	NO	20	57	77
Total		130	112	242

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para QUIMIOTERAPIA (SI / NO)	5,700	3,117	10,423

Gráfico 9. Tabla cruzada y estimación de riesgo entre quimioterapia y efectos adversos.

## TABLAS

Tabla 3. Características de los 232 pacientes con cáncer de ovario. La edad esta expresada en promedio y las demás variables en frecuencia

CARACTERISTICAS DE LOS 232 PACIENTES CON CANCER DE OVARIO			
VARIABLE	QUIMIOTERAPIA n=165 (71,12%)	TAMOXIFENO n=77 (33,18%)	VALOR P
EDAD	63 (55-69,5)	61 (55-67,5)	0,408*
HISTERECTOMÍA RADICAL CON ANEXECTOMIA BILATERAL	137 (83,03%)	64 (83,11%)	0,53
OOFORECTOMIA	9 (5,45%)	2 (2,59%)	0,53
CITORREDUCCIÓN	19 (11,515%)	11 (14,28%)	0,53
EFFECTOS ADVERSOS	123 (74,54%)	67 (87,01%)	0,028
RECIDIVA	58 (35,15%)	48 (62,33%)	<0,001
*: PRUEBA MANN U WHITNEY			

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los efectos adversos en los pacientes que recibieron tratamiento hormonal.

	EPIGASTRALGIA	ALOPECIA	CALAMBRE MUSCULAR	BOCHORNOS	CEFALEA
FRECUENCIA	16	33	31	30	29
PORCENTAJE	27,27	37,66	37,66	49,35	37,66

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de los efectos adversos en los pacientes que recibieron quimioterapia.

	ALOPECIA	ANEMIA	ESTREÑIMIENTO	CALAMBRES MUSCULARES	NEUROPATIA PERIFERICA	NEUTROPENIA
FRECUENCIA	64	65	62	59	61	65
PORCENTAJE	44,85	38,18	38,79	34,55	32,73	33,94
	NAUSEAS	VOMITO	DISPEPSIA	METEORISMO	ANOREXIA	
FRECUENCIA	63	63	60	56	60	
PORCENTAJE	38,18	44,85	40,00	38,79	39,39	
	FIEBRE	ELEVACION CREATININA	EPIGASTRIALGIA	DISFAGIA	ERITEMA FACIAL	
FRECUENCIA	61	61	59	54	58	
PORCENTAJE	37,58	44,85	36,36	42,42	42,42	



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Vasquez Barthon, Eliana Lisbeth**, con C.C: **#0931009849** y **Quiñonez Sánchez, Lenny Estefanía**, con C.C: **#0919287565** autoras del trabajo de titulación: **Tratamiento hormonal vs quimioterapia en recidiva de cáncer de ovario en mujeres de 50-75 años atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 1 de **mayo** del 2021

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Vasquez Barthon, Eliana Lisbeth**

C.C: **0931009849**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Quiñonez Sánchez, Lenny Estefanía**

C.C: **0919287565**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

TEMA Y SUBTEMA:	Tratamiento hormonal vs quimioterapia en recidiva de cáncer de ovario en mujeres de 50-75 años atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019.		
AUTOR(ES)	Quiñonez Sánchez Lenny Stefania Vasquez Barthon Eliana Lisbeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	De Vera Alvarado, Jorge Eliecer		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	25
ÁREAS TEMÁTICAS:	Oncología – Farmacología - Ginecología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cáncer de ovario, quimioterapia, terapia hormonal, factores de riesgo, tamoxifeno, alopecia, anemia, recidivas.		
RESUMEN:	<p><b>Introducción:</b> En la actualidad en Ecuador se usa la terapia hormonal como tratamiento post quirúrgico en cáncer de ovario a un 40% de pacientes. La quimioterapia sigue siendo el tratamiento post quirúrgico de primera elección en Ecuador aplicado al 60% de mujeres. Diversos estudios demuestran que el uso de quimioterapia aumenta hasta 12 meses la supervivencia. Por lo que objetivo de este estudio es demostrar la eficacia de la quimioterapia sobre la terapia hormonal. <b>Materiales y métodos:</b> Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal revisando historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019. <b>Resultados:</b> Con la prueba de supervivencia de Kaplan-Meier se obtuvo: quimioterapia (mediana de supervivencia: 11; IC: 9,89-12,01) y los que recibieron tamoxifeno (mediana de supervivencia: 8; IC: 6,64-9,35), valor p 0,001 mediante la prueba Long Rank. El tamoxifeno causa efectos adversos en más pacientes (n=67;87,01%), que la quimioterapia (n=123;74,54%). La alopecia con 33/77 casos (37,66%) fue más frecuente con el tamoxifeno y con la quimioterapia fue la anemia con 65/165 (38,18%). El riesgo de efectos adversos fue: tamoxifeno (OR: 28,95; IC: 13,75-60,98), quimioterapia (OR: 5,7; IC: 3,11-10,42). <b>Conclusiones:</b> La quimioterapia es más efectiva que el tratamiento hormonal en la etapa postquirúrgica del cáncer de ovario, por lograr un mayor tiempo sin recidivas, por lo que se acepta la hipótesis de este estudio. El tamoxifeno causa efectos adversos en más pacientes, que la quimioterapia. Y el riesgo de estos efectos adversos es menor en el grupo con quimioterapia.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-994992426 +593-0969551686	E-mail: <a href="mailto:elianavasquezbarthon@hotmail.com">elianavasquezbarthon@hotmail.com</a> <a href="mailto:lennyg94@hotmail.com">lennyg94@hotmail.com</a>	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: <b>Ayón Genkuong, Andrés Mauricio</b> Teléfono: +593-997572784 E-mail: <a href="mailto:andres.ayon@cu.ucsq.edu.ec">andres.ayon@cu.ucsq.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			