



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**TIEMPO DE ESPERA DESDE EL DIAGNOSTICO HASTA
EL INICIO DE LA QUIMIORADIACION
CONCURRENTE Y SU EFECTO EN LA
SUPERVIVENCIA DEL CANCER DE CERVIX
LOCALMENTE AVANZADO**

**WAITING TIME FROM DIAGNOSIS TO THE START OF
CONCURRENT CHEMORADIATION AND ITS EFFECT
ON SURVIVAL OF LOCALLY ADVANCED CERVIX
CANCER**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

AUTOR

JOSE ZAMBRANO CORREA

ASESOR

VLADIMIR VILLOSLADA TERRONES

LIMA - PERÚ

2022

INFORME DE ORIGINALIDAD			
19%	18%	2%	2%
INDICE DE SOLICITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
FUENTES PRIMARIAS			
1. Pesquisa.bvsalud.org (Fuente de Internet)			3%
2. Repositorio.upch.edu.pe (Fuente de Internet)			2%
3. www.asivamosensalud.org (Fuente de Internet)			2%
4. www.novasideonia.com (Fuente de Internet)			1%
5. documentop.com (Fuente de Internet)			1%
6. repository.unimilitar.edu.co (Fuente de Internet)			1%
7. www.aaoc.org.ar (Fuente de Internet)			1%
8. Submitted to University of the Andes (trabajo del estudiante)			1%
9. shantia9jamali.blogspot.com (Fuente de Internet)			1%
10. Natera, Luis Gerardo, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Cirurgia. "Rotura de los ligamentos coracoclaviculares: trascendencia clínica y estrategias anatómicas de reconstrucción /", 2020 (Fuente de Internet)			1%
11. search.bvsalud.org (Fuente de Internet)			1%
12. doaj.org (Fuente de Internet)			1%
13. repositorio.uchile.cl (Fuente de Internet)			1%

14. www.foronuclear.org	1%
(Fuente de Internet)	
15. prezi.com	<1%
(Fuente de Internet)	
16. www.oalib.com	<1%
(Fuente de Internet)	
17. Ahmad Alsughayer, Fabian Grass, Nicholas P. McKenna, Molly Petersen, Kellie L. Mathis, Amy L. Lightner. "Does IBD Portend Worse Outcomes in Patients with Rectal Cancer? A Case-Matched Analysis", Diseases of the Colon & Rectum, 2020	<1%
(publicación)	
18. hdl.handle.net	<1%
(Fuente de Internet)	
19. repositorio.pucp.edu.pe	<1%
(Fuente de Internet)	
20. www.science.gov	<1%
(Fuente de Internet)	
21. www.thepanamanews.com	<1%
(Fuente de Internet)	
22. www.vademecum.es	<1%
(Fuente de Internet)	

1. RESUMEN

El principal objetivo del presente estudio fue determinar el efecto sobre la supervivencia del tiempo de espera desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento estándar del cáncer de cérvix localmente avanzado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo y analítico. Se incluirá a las pacientes diagnosticadas en el año 2015, con edades entre los 18 y 80 años, con confirmación histológica y que hayan completado la quimiorradiación estándar en la institución. Los datos se obtendrán de sus respectivas historias clínicas, el tiempo de espera para el tratamiento será dividido en cuatro grupos: menos de 4 semanas (grupo 1), de 4 a 8 semanas (grupo 2), de 8 a 12 semanas (grupo 3) y mayor 12 semanas (grupo 4). Se estimará la supervivencia general y libre de enfermedad para cada grupo, determinando si existe diferencias significativas al comparar las sobrevividas de los grupos de mayor (3 y 4) con los de menor tiempo de espera (1 y 2).

PALABRAS CLAVES: Neoplasias del cuello uterino, quimiorradioterapia y supervivencia.

2. INTRODUCCION

El cáncer de cérvix continúa siendo un problema de salud pública en especial en países de bajos y medianos recursos debido al pobre acceso e implementación deficiente de estrategias como la vacunación contra el VPH, la detección y el tratamiento de la enfermedad pre maligna e invasiva, así como los cuidados paliativos. (1, 2). En el año 2020 se diagnosticaron más 600 mil nuevos casos de cáncer de cérvix en el mundo y fallecieron

más de 340 mil, representando la cuarta causa más frecuente de cáncer en mujeres, en Latinoamérica y el Caribe se registraron más de 59 mil casos, falleciendo más 30 mil mujeres, mientras que en el Perú es el segundo tumor más frecuente, superado solo por el cáncer de mama y es la tercera causa de muerte por cáncer (3). La mayor parte de los pacientes son diagnosticados en estadio localmente avanzado y metastásico correspondiendo en la mayoría de series a más del 65% (4).

La sobrevida general a 5 años del cáncer de cérvix en este espectro de la enfermedad localmente avanzada va desde un 76.1 % en el estadio IB3 o un 65,3% en el estadio IIA2 hasta un 24% en el estadio IVA, observándose un descenso progresivo de la sobrevida mientras más avanzada es la enfermedad (5). Se han descrito diversos factores pronósticos para las pacientes con cáncer de cérvix localmente avanzado como el tamaño del tumor, la presencia de adenopatías pélvicas, el compromiso de parametrios, la presencia de hidronefrosis, el tipo histológico, el ECOG, la dosis de irradiación, el nivel de hemoglobina, la raza entre otros, encontrándose que el tamaño tumoral mayor a 6 cm, el estadio FIGO III y IVA, los tipos histológicos adenocarcinoma y adenoescamoso, el ECOG 2 y 3, así como la raza hispana y negra se asociaron con una peor supervivencia general y libre de enfermedad (6, 7, 8).

El tratamiento estándar del cáncer de cérvix localmente avanzado es la radioterapia y quimioterapia concurrente (9, 10). Se ha identificado poblaciones que presentan un retraso en el inicio del tratamiento, con respecto a la radioterapia entre los motivos más importantes están la escases

de equipos y del personal capacitado, asociado a la gran demanda de pacientes con enfermedad localmente avanzada, éstos problemas son más acentuados en países de bajos y medianos recursos, pues cuentan con solo el 5 % del equipamiento de radioterapia del mundo, por lo que muy difícilmente alcanzarán cumplir las recomendaciones del organismo internacional de energía atómica (OIEA) de contar con 4 máquinas de mega voltaje por cada millón de personas y de 1 oncólogo radioterápico por cada 250 a 300 pacientes. Un estudio realizado en una población de bajos recursos del norte de Nigeria encontró que la mediana del tiempo de espera para la radioterapia era de 25 semanas y que solo el 26% lo recibía dentro de las 4 semanas (11), asimismo en Brasil se reportó una mediana de 16 semanas de tiempo de espera para el inicio del tratamiento y solo el 7,2 % de las pacientes iniciaron el tratamiento dentro de las 8 semanas (12), mientras que en países de altos recursos se encontró un inicio significativamente más temprano del tratamiento, en un estudio de Corea más del 90% de las pacientes habían sido tratadas antes de las 4 semanas (11,12). Hay estudios que muestran que un mayor tiempo de espera desde el diagnóstico hasta el inicio de la quimiorradiación concurrente tiene efectos negativos sobre el pronóstico de las pacientes con enfermedad localmente avanzada, como el que se evidenció en una población de mujeres canadienses en el que un retraso mayor de 5 semanas tenía un efecto adverso sobre la supervivencia general y libre de enfermedad (13), de la misma manera un estudio coreano encontró que las pacientes que iniciaron el tratamiento antes de los 2 semanas presentaron una mejor sobrevida general

(14), sin embargo, otro estudio en mujeres estadounidenses no encontró un mayor riesgo de mortalidad cuando las pacientes iniciaron la quimiorradiación tardíamente (15), por lo que éstos resultados evidencian la existencia de variabilidad y controversia de dicho factor pronóstico.

Evaluar el tiempo de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cérvix localmente avanzado, como forma de presentación más frecuente y su impacto sobre la supervivencia permitirá implementar estrategias y adoptar medidas correctivas que conlleven a un manejo oportuno de las pacientes tanto a nivel institucional como a nivel poblacional. El objetivo de este trabajo es conocer el efecto en la supervivencia del tiempo de espera para el inicio de la quimiorradioterapia estándar en pacientes con cáncer de cérvix en estadio localmente avanzado, diagnosticadas y tratadas en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas, como el mayor centro de referencia en cáncer del Perú.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto sobre la supervivencia del tiempo de espera desde el diagnóstico histológico hasta el inicio del tratamiento estándar del cáncer de cérvix localmente avanzado en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas de Perú.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el tiempo de espera promedio para el inicio del tratamiento con quimiorradioterapia concurrente en el cáncer de cérvix localmente avanzado en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas de Perú.

- Determinar el efecto en la sobrevida general del tiempo de espera desde el diagnóstico histológico hasta el inicio del tratamiento con radioterapia y quimioterapia concurrente en el cáncer de cérvix localmente avanzado.
- Determinar el efecto en la sobrevida libre de enfermedad del tiempo de espera desde el diagnóstico histológico hasta el inicio del tratamiento con radioterapia y quimioterapia concurrente en el cáncer de cérvix localmente avanzado.

4. MATERIAL Y METODO

a) Diseño del estudio

Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo y analítico.

b) Población

Pacientes diagnosticados de cáncer de cérvix localmente avanzado que han recibido radioterapia y quimioterapia concurrente, durante el año 2015 en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas de Perú (INEN).

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años y menores de 80 años.
- Historia clínica completa.
- Reporte de patología informada en el INEN como carcinoma infiltrante de cérvix.
- Estadios de enfermedad localmente avanzado, según FIGO 2011: IB2, II, III y IVA.

- Haber completado el tratamiento estándar con radioterapia y quimioterapia concurrente en el INEN.
- Tener un seguimiento regular de al menos 2 años posterior a la finalización del tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Presencia de cáncer sincrónico en algún otro órgano.
- Antecedentes personales de otro tipo de cáncer, previo al actual.
- Antecedentes de radioterapia a nivel de la pelvis.
- Abandono o interrupción del tratamiento estándar con radioterapia y quimioterapia concurrente y del seguimiento por al menos de 2 años.

c) Muestra

Se incluirá a todos los individuos de la población que cumplan con todos los criterios de inclusión.

d) Definición operacional de variables (ver tabla de Operacionalización de variables en Anexo 1)

- **Edad:** edad en años cumplidos cuando se realizó el diagnóstico.
- **Lugar de residencia:** ciudad o distrito donde reside la paciente.
- **Nivel de instrucción:** nivel o grado de instrucción alcanzado por la paciente.
- **Ingreso económico:** ingreso económico mensual en nuevos soles.
- **Estadio FIGO:** estadio clínico según FIGO 2021.

- **Tipo histológico:** tipo histológico informado en el reporte de patología.
- **Grado de diferenciación:** grado de diferenciación informado en reporte de patología.
- **Presencia de adenopatías:** adenopatías evidenciadas en el examen de imagen de extensión.
- **Compromiso de parametrios:** evidencia de infiltración de parametrios clínicamente y/ radiológicamente.
- **Presencia de hidronefrosis:** evidencia de hidronefrosis en examen de imagen, condicionado por la enfermedad de fondo.
- **Grado de anemia:** nivel de hemoglobina menor de 11 mg/dL.
- **ECOG:** Estado funcional de paciente según escala ECOG.
- **Tipo de tratamiento:** modalidad de tratamiento con quimiorradiación concurrente.
- **Dosis de radiación:** dosis en cGy de radiación administrada en el tratamiento concurrente.
- **Tiempo de espera para la quimiorradiación estándar:** tiempo en días desde el diagnóstico histológico hasta el inicio del tratamiento concurrente estándar

e) **Procedimientos y técnicas**

Se solicitará al servicio de estadística del INEN el registro de pacientes que se diagnosticaron de cáncer de cérvix durante el periodo de enero a diciembre del año 2015, luego se procederá a la búsqueda de las Historias Clínicas en el área de archivo, se verificará que cuenten con el

informe de patología que confirmen el diagnóstico y se procederá a seleccionar a los individuos que conformarán el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La información se ingresará a una base de datos, construida considerando las variables de estudio, para su posterior análisis estadístico y extracción de resultados correspondientes, informando la sobrevivencia por cada periodo de tiempo de espera, el cual se dividirá en cuatro grupos: menos de 4 semanas (grupo 1), de 4 a 8 semanas (grupo 2), de 8 a 12 semanas (grupo 3) y mayor 12 semanas (grupo 4), determinando si existe diferencias significativas al comparar los grupos de mayor (grupos 3 y 4) vs los de menor tiempo de espera (grupos 1 y 2).

Aspectos éticos del estudio

No amerita firma de consentimiento informado, debido a que todos los datos se recogerán de las Historias Clínicas, cuya información será estrictamente confidencial, comprometiéndome como autor no difundir los datos personales de los sujetos de estudio, asimismo el proyecto será evaluado y aprobado por el comité de ética de la institución (INEN), previo al inicio de la recolección de datos.

f) Plan de análisis

El análisis estadístico se realizará utilizando el software SPSS versión 26, los resultados descriptivos de las variables se presentarán utilizando la media o mediana para las variables continuas y frecuencias o porcentajes para las variables categóricas. Para el análisis de la

supervivencia se tendrá en cuenta que la sobrevida global se calculará desde la fecha de inicio del tratamiento estándar hasta la fecha de fallecimiento o fecha de último control, mientras que la estimación de la sobrevida libre de enfermedad, se calculará desde la fecha de inicio del tratamiento hasta la fecha de la primera recurrencia, confirmado por histología y/o exámenes de imagen o hasta la fecha de último control. Asimismo, las curvas de sobrevida se estimarán utilizando el método de Kaplan-Meier. Estos resultados de supervivencia se agruparán, según el tiempo de espera, en cuatro grupos ya planteados para hacer las respectivas comparaciones entre ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Simelela PN. WHO global strategy to eliminate cervical cancer as a public health problem: An opportunity to make it a disease of the past. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2021;152(1):1–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13484>
2. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, Simms KT, Caruana M, et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 2];395(10224):591–603. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30157-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30157-4)
3. Cancer today [Internet]. Iarc.fr. [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>

4. Pang SS, Murphy M, Markham MJ. Current management of locally advanced and metastatic cervical cancer in the United States. *JCO Oncol Pract* [Internet]. 2022;18(6):417–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1200/OP.21.00795>
5. Wright JD, Matsuo K, Huang Y, Tergas AI, Hou JY, Khoury-Collado F, et al. Prognostic performance of the 2018 International Federation of Gynecology and Obstetrics cervical cancer staging guidelines. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 22];134(1):49–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003311>
6. Endo D, Todo Y, Okamoto K, Minobe S, Kato H, Nishiyama N. Prognostic factors for patients with cervical cancer treated with concurrent chemoradiotherapy: a retrospective analysis in a Japanese cohort. *J Gynecol Oncol* [Internet]. 2015;26(1):12–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.3802/jgo.2015.26.1.12>
7. Lora D, Gómez A, Fernández SP, Enríquez R, Gómez JFP-R. Prognostic models for locally advanced cervical cancer: external validation of the published models. *J Gynecol Oncol* [Internet]. 2017;28(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.3802/jgo.2017.28.e58>
8. Kang S, Wu J, Li J, Hou Q, Tang B. Prognostic significance of clinicopathological factors influencing overall survival and event-free survival of patients with Cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Med Sci Monit* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 16];28:e934588. Available from: <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.934588>

9. Guidelines detail [Internet]. NCCN. [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1426>
10. The European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). ESGO 2017 congress, November 4-7, 2017 in Vienna, Austria [Internet]. ESGO Gynae-Oncology Guidelines. [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://guidelines.esgo.org/cervical-cancer/guidelines/recommendations/>
11. Tumba N, Adewuyi SA, Eguzo K, Adenipekun A, Oyeseun R. Radiotherapy waiting time in Northern Nigeria: experience from a resource-limited setting. *Ecancermedicalscience* [Internet]. 2020;14:1097. Available from: <http://dx.doi.org/10.3332/ecancer.2020.1097>
12. Ferreira I, Koifman RJ. Cervical cancer treatment delays and associated factors in a cohort of women from a developing country. *J Glob Oncol* [Internet]. 2019;5(5):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1200/JGO.18.00199>
13. E C, Dahrouge S, Samant R, Mirzaei A, Price J. Radical radiotherapy for cervix cancer: the effect of waiting time on outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 16];61(4):1071–7. Available from: [https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(04\)02677-X/fulltext](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(04)02677-X/fulltext)
14. Noh KW, Kim B, Choi CH, Kim T-J, Lee J-W, Kim B-G, et al. Effect of waiting time from pathological diagnosis to definitive concurrent

chemoradiation for cervical cancer on overall survival. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 20];54(1):245–52. Available from: <https://www.e-crt.org/journal/view.php?number=3248>

15. Matsuo K, Huang Y, Matsuzaki S, Ragab OM, Roman LD, Wright JD. Association between definitive chemoradiotherapy wait-time and survival in locally-advanced cervical cancer: Implications during the coronavirus pandemic. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 16];161(2):414–21. Available from: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1151485>

5. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

A. PRESUPUESTO: El presente estudio es autofinanciado.

RUBROS	PARCIAL	TOTAL
A). RECURSOS HUMANOS: autofinanciado	S/. 2000	S/. 2000
ASESOR		
B). BIENES: autofinanciado	s/. 500	s/. 500
MATERIALES DE ESCRITORIO		
C). SERVICIOS: autofinanciado	s/. 1000	s/. 1000
COMUNICACIÓN, MOVILIDAD E IMPRESIÓN		
TOTAL	s/. 3500	s/. 3500

B. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Año 2022			
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Elaboración del Protocolo	X			
Revisión y aprobación del Protocolo		X		
Recolección y Análisis de datos			X	
Elaboración y publicación de artículo				X

6. ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	Tipo de Variable	escala de medición	Definición Operacional	forma de registro
EDAD	Cuantitativa continua	Edad en años	¿cuántos años tiene al momento del diagnóstico?	Edad en años
LUGAR DE RESIDENCIA	categórica politómica	nombre del lugar	ciudad o distrito donde reside la paciente.	nombre del lugar
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	categórica politómica	analfabeta, primaria, secundaria y superior.	nivel o grado de instrucción alcanzado por la paciente.	analfabeta, primaria, secundaria y superior.
ESTADIO FIGO	Cuantitativa ordinal	IB2, IIA2, IIB, IIIA, IIIB, IIIC y IVA	¿Qué estadio según FIGO 2009 presenta?	IB2, IIA2, IIB, IIIA, IIIB, IIIC y IVA
TIPO HISTOLÓGICO	categórica politómica	diagnóstico histológico	Tipo histológico según informe de patología, considerando criterios de inclusión.	epidermoide, adenocarcinoma y adenoescamoso

GRADO DE DIFERENCIACIÓN	categórica politómica	bien, moderadamente y severamente diferenciado	grado de diferenciación informado en reporte de patología.	bien, moderadamente y severamente diferenciado
PRESENCIA DE ADENOPATÍAS	categórica dicotómica	SI, NO	adenopatías evidenciadas en el examen de imagen de extensión.	SI, NO
COMPROMISO DE PARAMETRIOS	categórica dicotómica	SI, NO	evidencia de infiltración de parametrios clínicamente y/ radiológicamente	SI, NO
PRESENCIA DE HIDRONEFROSIS	categórica dicotómica	SI, NO	evidencia de hidronefrosis en examen de imagen, condicionado por la enfermedad de fondo.	SI, NO
GRADO DE ANEMIA	categórica politómica	No anemia, leve, moderada y severa	nivel de hemoglobina	No anemia, leve, moderada y severa

			menor de 11 mg/dL.	
ECOG	categórica politómica	1, 2, 3, 4	Estado funcional de paciente según escala ECOG	1, 2, 3, 4
TIPO DE TRATAMIENTO	categórica politómica	según historia clínica	modalidad de tratamiento con quimiorradiación concurrente.	según historia clínica
DOSIS DE RADIACIÓN	cuantitativa discreta	según historia clínica	dosis en cGy de radiación administrada en el tratamiento concurrente	según historia clínica
TIEMPO DE ESPERA PARA TRATAMIENTO ESTANDAR	cuantitativa continua	Tiempo en días	Fecha de inicio de tratamiento estandar menos fecha de diagnostico histologico.	Tiempo en días

Anexo 2: Instrumento de recolección de los datos.

Responder las preguntas en función a las opciones o rellenar según corresponda (todos los datos obtendrán de la historia clínica de la paciente):

- a. ¿Cuántos años cumplidos tuvo al momento del diagnóstico, según la nota de ingreso de la historia clínica?:
- b. ¿Cuál es su lugar de residencia, según los datos de filiación de la historia clínica?:
- c. ¿Cuál es el nivel de instrucción, según los datos de filiación de la historia clínica?: analfabeta, primaria, secundaria y superior
- d. ¿Qué estadio según FIGO 2009 presenta según la historia clínica?: IB2, IIA2, IIB, IIIA, IIIB, IIIC y IVA
- e. Tipo histológico, según el informe de patología de la institución: epidermoide, adenocarcinoma y adenoescamoso
- f. ¿Cuál es su grado de diferenciación, según el informe de patología de la institución?: bien, moderadamente y severamente diferenciado
- g. ¿hay presencia de adenopatías pélvicas y/ paraórticas antes del inicio de la quimiorradiación, según los exámenes de imagen de la historia clínica?: SI/NO
- h. ¿Hay compromiso de parametrios, según los exámenes de imagen de la historia clínica?: SI/NO
- i. ¿Hay presencia de hidronefrosis antes del inicio de la quimiorradiación, según los exámenes de imagen de la historia clínica?: SI/NO

- j. ¿Cuál es el nivel de anemia antes del inicio de la quimiorradiación, según la historia clínica?: No anemia, leve, moderada y severa
- k. ¿Cuál es su estado funcional antes del inicio de la quimiorradiación, según su escala ECOG, según la historia clínica?: 1,2,3,4
- l. ¿Cuál es la modalidad de quimiorradiación concurrente?
- m. ¿Cuál es la dosis en cGy de radiación administrada en el tratamiento concurrente?
- n. Fecha de diagnóstico histológico, según la historia clínica:
- o. Fecha de primera recurrencia, según la historia clínica:
- p. Fecha de fallecimiento, según la historia clínica o el registro de la RENIEC: