



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN
PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL AÑO
2023

PREVALENCE OF DEEP VEIN THROMBOSIS IN PATIENTS
WITH CERVICAL CANCER AT THE ARZOBISPO LOAYZA
NATIONAL HOSPITAL DURING 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
MEDICINA INTERNA

AUTOR

LYDIA MILUSKA CASTAÑEDA PATIÑO

ASESOR

PEDRO GUILLERMO AYALA DIAZ

LIMA – PERÚ

2024

Prevalencia de trombosis venosa profunda en pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

5%

2

Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

2%

3

Submitted to Institución Tecnológica Metropolitana de Medellín

Trabajo del estudiante

1%

4

Submitted to Universidad Internacional de la Rioja

Trabajo del estudiante

1%

5

Submitted to aesanlucas

Trabajo del estudiante

1%

6

empendium.com

Fuente de Internet

1%

7

bebloomers.com

Fuente de Internet

1%

2.- RESUMEN

Introducción: El cáncer de cérvix es una enfermedad que en estadios avanzados produce un estado de hipercoagulabilidad, generando condiciones para desarrollar trombosis venosa.

Objetivo: Determinar la prevalencia de trombosis venosa profunda en pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal,

Población y muestra: Según datos de estadística del Hospital Loayza se han registrado 60 casos; para ello se realizará un muestreo por conveniencia.

Procedimientos y técnicas: Se confeccionará una ficha de recolección de datos que tendrá una validación de juicio de expertos; se requiere someter este proyecto al Comité de ética. Se diseñará una base de datos con las variables operacionalizadas, la base de datos se trabajará en SPSS versión 25.0.

Análisis estadístico: Los datos se analizarán, se consideran las medidas de razón, proporción y de tendencia central; no se hay estudios recientes respecto a este tema.

Palabras clave: Cáncer de cérvix; trombosis venosa, clínica.

3.- INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de cuello uterino representa el cuarto tipo de cáncer más frecuente en el sexo femenino en el mundo. Respecto de la incidencia, se registran 660 000 casos nuevos, con una mortalidad del 53.03% en el 2022. Este problema es más prevalente en zonas de menor desarrollo (1), lo que refleja desigualdades que obedecen a la falta de acceso a los servicios nacionales de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), de cribado y tratamiento del cáncer de cuello (2,3). Hasta agosto del 2022, en el Perú se diagnosticaron 4,270 nuevos casos de cáncer de cuello uterino,

teniendo una mortalidad del 53.58%, siendo así el cuarto país con las tasas más altas de mortalidad en Sudamérica (2). La mayoría de casos de cáncer de cuello uterino, son diagnosticados en etapas tardías (4); por ello se pierde la oportunidad de brindar tratamiento a tiempo (5,6). Debido a la creciente incidencia de cáncer, se ha incrementado la incidencia de trombosis (7). Los eventos de embolia y trombosis venosa (TEV) se caracterizan por la formación de un trombo en las venas de extremidades superiores, inferiores, venas viscerales, pélvicas o una región con estasis venoso. Los eventos de trombosis, ya sea TEV o trombo embolismo arterial (TEA), son la segunda causa de mortalidad después de la progresión oncológica de la enfermedad (6,7).

El presente estudio investiga la prevalencia de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el año 2023.

Existen estudios previos que demuestran la asociación de trombosis venosa profunda y cáncer de cérvix. Por ejemplo, Takada et al desarrollaron un nuevo modelo de predicción de diagnóstico de trombosis venosa profunda con la escala de Wells y el dímero D en pacientes con cáncer. Para ello reclutaron 834 pacientes con cáncer. La conclusión del estudio fue que, por la existencia de una alta prevalencia de TVP, los modelos clínicos seguidos de niveles séricos de dímero D no pueden discriminar TVP de manera eficiente en pacientes enfermos (8).

Arguello et al elaboraron un estudio para determinar la incidencia de trombo embolismo venoso profundo en el área de neoplasias de útero y ovario. Se contempla un estudio observacional, retrospectivo, donde se reclutan 237 pacientes.

Se concluye que se evidenció que las neoplasias útero ováricas presentaron una alta incidencia de TVP (9).

Yuk et al, presentaron un estudio en relación a la incidencia y factores de riesgo de TEV en pacientes con cáncer de cuello uterino, con diseño observacional, cohorte retrospectivo y seguimiento de seis meses. El estudio llega a la conclusión que la incidencia de TVE fue mayor durante el tratamiento primario de quimioterapia; la incidencia de TVE a través del tiempo disminuyó (10).

Zhao et al elaboraron un estudio para evaluar factores de riesgo de TVP post operatoria en pacientes con cáncer de cérvix. Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo, donde se reclutaron 309 pacientes. El estudio concluye que, en pacientes ginecológicas con cáncer de cuello uterino, existe una alta incidencia de TVP posoperatoria en las extremidades inferiores. Los médicos deben desarrollar medidas sistemáticas e integrales de prevención y tratamiento de los factores de riesgo para reducir esta morbilidad y mejorar el pronóstico del paciente (11).

En estudios de cohortes, la incidencia de trombo embolismo venoso es 13/1000 año-persona IC 95% (7-23) (12); cuando esta evaluación se realizó en cohortes con riesgo incrementado, la incidencia llegó a 68/1000 año-persona IC 95% (48-96). También se evidencia que, dependiendo del lugar en el que se desarrolle el cáncer, este puede ser más hiper coagulable, como lo son el cáncer de esófago y páncreas (13). Los pacientes con cáncer incrementan de 4 a 7 veces el riesgo de trombosis respecto de los que no tienen. Lyman et al, registran una prevalencia de TEV del 15%; en pacientes con cáncer, la presencia de trombosis preludie malos resultados (aproximadamente el 30% de pacientes con cáncer pueden presentar episodios de trombosis). El estudio reporta un OR de 5.0, $p = 0.012$ (14).

El principio fisiopatológico de la trombosis, se resume en la triada de Virchow (hipercoagulabilidad, estasis venoso, lesión endotelial); la activación del proceso se realiza a través de las vías de coagulación, tanto la vía directa e indirecta. El mecanismo principal es la producción de factores de coagulación pro coagulantes, como los factores tisulares, que se unen al factor de coagulación VIII y activan las vías de coagulación. El mecanismo indirecto implica una exposición de estimulación de citocinas pro inflamatorias en el micro ambiente del tumor (1). Se requiere valorar la posibilidad de tratamiento anti trombótico y el riesgo a fin de evitar la trombosis, siendo la principal contra indicación la hemorragia (2).

El tratamiento de la trombosis comprende el uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM), seguido de antagonistas de la vitamina k (AVK). Por su efecto anticoagulante, la warfarina, es el principal fármaco del grupo AVK, pero requiere controles constantes de tiempo de pro trombina con la finalidad de establecer un nivel constante de INR. Aunque este es un parámetro no exacto del nivel de anti coagulación, es la prueba con mayor disponibilidad en los centros de salud. Se considera que la mitad de los pacientes que reciben como tratamiento un AVK se encuentran dentro del rango objetivo del INR (14); por tanto, se requiere un monitoreo estricto del INR de estos pacientes ante el riesgo de hemorragia o recurrencia de trombosis, así como también evaluar uso de otros tratamientos médicos con el fin de evitar interacciones medicamentosas y alimentos que puedan interferir con el metabolismo de la Warfarina.

Actualmente, existe el desarrollo de anti coagulantes orales directos (DOAC), como inhibidores del factor Xa, Rivaroxaban y Apixaban y el inhibidor directo de la trombina, que tienen más ventajas respecto de la warfarina: ya que no demanda

controles de exámenes laboratoriales, no hay restricción de alimentos y presenta pocas interacciones medicamentosas (3). Sin embargo, los DOAC presentan desventajas tales como la contraindicación en pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5, el elevado costo del tratamiento, la falta de evidencia respecto al tratamiento de TEV asociado a cáncer y seguridad durante el embarazo o el periodo de lactancia. Un metaanálisis reciente también sugiere que podría haber un mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal asociado con el uso de dabigatrán y rivaroxaban en los ancianos (5), siendo el mayor problema la falta de tratamiento para revertir sus efectos.

El cáncer es un estado protrombótico y la terapia anti cáncer se complica frecuentemente con el desarrollo de eventos vasculares, que incluyen la trombosis venosa profunda, trombo embolia pulmonar, accidente cerebrovascular e infarto de miocardio, en especial en tratamientos con anti angiogénicos. Las anomalías subclínicas pueden ser observadas en el sistema hemostático en más de 90% de los pacientes. La recurrencia de eventos trombóticos venosos es del 21%. En tales casos se requiere terapia de anticoagulación prolongada, que tiene un 12% de riesgo anual de sangrado. La mayoría de causas de mortalidad en pacientes con cáncer se producen como consecuencia de las complicaciones, siendo la trombosis la segunda causa de muerte (1,2). Estudios epidemiológicos han determinado que el riesgo de mortalidad es doble en este grupo de pacientes respecto a los pacientes sin cáncer (2), por lo que se requiere conocer la prevalencia de los pacientes con trombosis venosa y cáncer de cérvix, a fin de evaluar probables estrategias e intervenciones en nuestro centro.

De lo expuesto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada a cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el año 2023?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de trombosis venosa profunda en pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023.

4.2 Objetivos específicos

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada a cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023.

- Determinar la frecuencia del método de diagnóstico de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada a cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023.

- Determinar la frecuencia de los estadios clínicos de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada a cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

- Determinar la frecuencia del tratamiento usado en el manejo de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada a cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023.

- Determinar la mortalidad de los pacientes con trombosis venosa profunda asociada a cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023.

5.- MATERIALES Y MÉTODOS

5.1.- Diseño de estudio

Estudio observacional, descriptivo transversal.

5.2.- Población

Pacientes con diagnóstico de trombosis venosa profunda y cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el año 2023.

a) Criterios de inclusión

1.- Paciente mayor de 18 años.

2.- Diagnóstico de cáncer de cérvix en cualquier estadio clínico del I al IV según la FIGO, confirmado con anatomía patológica

3.- Haberse atendido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023 (periodo 01/01/23 al 31/12/23).

b) Criterios de exclusión

1.- Pacientes con una segunda neoplasia activa al momento del diagnóstico del cáncer de cérvix.

2.- Pacientes con diagnóstico de carcinoma in situ (estadio 0) o NIC 3 ó NIC 2, ó NIC 1.

3.- Pacientes que presenten cualquier trombofilia hereditaria como: déficit de proteína C, déficit de proteína S, Factor V de Leiden, mutación del gen 20210A, déficit de antitrombina, o aumento de la actividad del Factor VIII, entre otros.

4.- Pacientes que presenten cualquier trombofilia adquirida como: síndrome antifosfolipídico (SAF), aumento de la actividad del Factor IX, Factor XI o Factor VIII, resistencia adquirida a la proteína C activada, trombocitopenia inducida por heparina tipo II, hemoglobinuria paroxística nocturna, concentración alta de fibrinógeno, entre otros.

5.- Pacientes con diagnóstico concomitante de cualquier enfermedad del tejido conectivo, mujeres embarazadas.

6.- Pacientes con uso concomitante de anticonceptivos hormonales.

5.3.- Muestra:

El cálculo del tamaño muestral se hará aplicando la siguiente fórmula:

$$n = NZ^2 pq / d^2 (N-1) + Z^2 pq$$

Siendo:

- N: 60
- p: proporción aproximada de pacientes con eventos tromboticos = 21%
- q: proporción aproximada de pacientes sin eventos tromboticos = 79%
- Z: nivel de confianza al 95% = 1.96
- d: nivel de precisión absoluta = 0.05

El resultado da un número de n = 49 pacientes.

Según datos del Servicio de Estadística e Informática del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se registraron 60 casos atendidos de cáncer de cérvix en el año 2023 (N = 60). Según estudios epidemiológicos, el riesgo de eventos tromboticos en estos pacientes es de 21%. Aplicando estos datos en la fórmula del cálculo del tamaño muestral, nos da como resultado un tamaño muestral de 49 (n = 49).

5.4 Operacionalización de variables

Variable Independiente: Cáncer de cérvix

Variable dependiente: Trombosis venosa profunda

Ver tabla de definición operacional de variables en Anexo 02

5.5.- Procedimientos y técnicas

Se revisarán y seleccionarán las historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La recolección de datos se hará mediante una ficha de recolección creada para dicho fin (Anexo 8), la cual estará a cargo del personal entrenado por el investigador principal. Se obtendrán el número necesario de pacientes según la fórmula de muestreo. El muestreo será no probabilístico de tipo por conveniencia. Para esto se acudirá al Servicio de Estadística e Informática del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

5.6.- Aspectos éticos

Se gestionará el permiso con el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y así acceder a las historias clínicas de los pacientes. Se guardará confidencialidad de datos de los pacientes en estudio y se cumplirá con los requisitos propuestos por la Institución. Los pacientes tendrán un código de identificación alfanumérico que incluirá: sus iniciales en mayúsculas seguidos por su edad en números. No requiere consentimiento informado.

5.7.- Plan de análisis

Los datos recolectados, serán ingresados y procesados en una base de datos diseñada en el programa SPSS 25.0. Para las variables categóricas se utilizará la prueba de Chi cuadrado, para las numéricas t de Student, previa determinación de la normalidad. Las variables continuas se expresarán con la media, desviación estándar y las variables discretas se expresarán en frecuencias y proporciones.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Cáncer de cuello uterino. 2023 [Internet]. Estados Unidos. WHO int 2024. [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

2. Rivas A. Perú Reporte de aumento de casos de Cáncer De Cuello Uterino [Internet]. Perú. Colegio Médico del Perú 2022 [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/peru-reporta-aumento-de-casos-de-cancer-de-cuello-uterino/>
3. Instituto Nacional De Cancer (NIH).. Pronostico y Tasas De Supervivencia del cáncer de cuello uterino [Internet]. Estados Unidos. Instituto Nacional del Cáncer. 2022 [citado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/supervivencia>
4. Joo J, Shin H-J, Park B, Park S-Y, Yoo C-W, Yoon K-A, et al. Integration pattern of human Papillomavirus is a strong prognostic factor for disease-free survival after radiation therapy in cervical cancer patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2017;98(3):654–61.
5. Gervaso L, Dave H, Khorana AA. Venous and arterial thromboembolism in patients with cancer. *J Am College Cardiol.* 2021;3:173-90.
6. Khorana AA, Francis CW, Culakova NM, Kuderer NM, Lyman GH. Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J Thromb Haemost.* 2007;5:632-4.
7. Liang H, Guo X, Li Y. Cervical Cancer Associated Biomarkers of Identify High Risk of Venous Thrombosis. *Clin Lab* . 2020 May 1;66(5). doi: 10.7754/Clin.Lab.2019.190905.
8. Takada T, van Doorn S, Parpia S, de Wit K, Anderson DR, Stevens SM, et al . Diagnosing deep vein thrombosis in cancer patients with suspected symptoms: An individual participant data meta-analysis. *J Thromb Haemost* 2020 Sep;18(9):2245-2252. doi: 10.1111/jth.14900.
9. Arguello M, Santacruz, J, Loor H, Venegas C. Incidencia de trombosis venosa profunda en pacientes diagnosticados con neoplasias útero- ováricas: Un estudio de centro único. *Rev. Oncol. Ecu.* 2021;31(2) DOI: <https://doi.org/10.33821/559>
10. Yuk J, Banghyun L, Myoung H, Kidong K, Yong-Soo S, Sung O, et al. Incidence and risk factors of VTE in patients with cervical cancer using the Korean national health insurance data. *Sci Rep.* 2021; 11: 8031. Published online 2021 Apr 13. doi: 10.1038/s41598-021-87606-z
11. Zhao H, Peng Y, Ly M, Shi y, Zhang S. Incidence and risk factors of VTE in patients with cervical cancer. *Mol Clin* 2022 June 16 (6) 108.
12. Cohen AT, Katholing A, Rietbrock S, Bamber L, Martinez C. Epidemiology of first and recurrent venous thromboembolism in patients with active cancer A population-based cohort study. *Thromb Haemost.* 2017;117:57-65.

13. Angchaisuksiri P. Cancer-associated thrombosis in Asia. *Thromb J.* 2016;14(Suppl. 1):26. 18. Sutandyo N, Tobing DL, Kardinah. Risk Factors of Deep Vein Thrombosis in Cancer Patients. *Iran J Blood & Cancer.* 2018;10:117-23.

14. Lyman GH. Venous thromboembolism in the patient with cancer: focus on burden of disease and benefits of thromboprophylaxis. *Cancer.* 2011;117:1334-9.

7.- CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA						
Mes - Año	2024					
	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboración del protocolo	X	X	X			
Presentación al Comité de Ética			X			
Revisión y aprobación del Comité de Ética			X			
Recolección de datos			X	X	X	
Análisis de los datos recolectados					X	
Elaboración de informe final						X
Publicación de resultados						X

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO			
Suministros e insumos	Cantidad	Costos unitarios (S./)	Total (S./)
Papel Bond A4	2 (500 hojas c/u)	12.5	25
Folder	1	6	6
Archivador	1	7	7
Sobres manila	1	6	6
USB	2	25	50
Corrector	2	1.5	3
Lapiceros	5	3.7 (pack 5)	3.7
			100.7
Servicios	Cantidad	Costos unitarios (S./)	Total (S./)
Fotocopias	350	0.1	35
Internet		250	250
Alimentación		1000	1000

Transporte		1000	1000
			2285
TOTAL			2385.7

8.- ANEXOS:

Anexo 01.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Prevalencia de trombosis venosa profunda en pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2023	
Código de identificación: _____ Edad (años): _____	
Grado de instrucción: _____	
Ocupación: _____	
Tiempo de enfermedad de cáncer de cérvix (meses): _____	
Estadio Clínico (FIGO) al momento del diagnóstico de TVP: I II III IV	
Tipo histológico de cáncer de cérvix:	
Adenocarcinoma: _____ Carcinoma epidermoide: _____ No precisado: _____	
Tiempo de enfermedad de trombosis venosa profunda (meses): _____	
Signos y síntomas de trombosis venosa profunda	
1. Edema de extremidad.	Si: _____ No: _____
2. Incremento de volumen de extremidad.	Si: _____ No: _____
3. Dolor en extremidad o en área de órgano comprometido.	Si: _____ No: _____
4. Signo de Homans positivo en miembros inferiores.	Si: _____ No: _____
5. Otro:	Describir: _____
Hallazgos de ecografía Doppler venoso, vena (s) afectadas:	

Otros métodos diagnósticos usados para TVP:	
1. Resonancia Magnética de área comprometida	Si: _____ No: _____
2. Tomografía computarizada de área comprometida	Si: _____ No: _____

3. Juicio Clínico	Si: ____ No: ____
Tratamiento recibido para cáncer de cérvix: Cirugía: _____ Quimioterapia: _____ Radioterapia: _____ Braquiterapia: _____ Otros (describir): _____	
Niveles de tiempo de protrombina antes de tratamiento antitrombótico: _____ Niveles de tiempo de protrombina después de tratamiento antitrombótico: _____	
Valores de dímero D (ng/mL)	
Tratamiento instaurado para trombosis venosa: 1. Enoxaparina o cualquier otra heparina de bajo peso molecular (HBPM) 2. Heparina sódica o cualquier heparina no fraccionada (HNF) 3. Warfarina o cualquier antagonista de la vitamina K 4. Nuevos anticoagulantes orales: apixaban, dabigatran, rivaroxabán. 5. Otro	Si: ____ No: ____ Si: ____ No: ____ Si: ____ No: ____ Describir: _____
Mortalidad: paciente fallecido	Si: ____ No: ____

Anexo 02.- TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicadores	Definición	Tipo de variable	Escala	Categoría y sus valores	Medio de recolección
Cáncer de cérvix	Cáncer de cérvix confirmado con estudio de Anatomía Patológica	Cáncer de cérvix confirmado con estudio de Anatomía Patológica	Cualitativo	Nominal	Estadio clínico de cáncer de cérvix según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) al momento del diagnóstico de Trombosis Venosa Profunda (TVP): I, II, III, IV	Ficha de recolección de datos
Trombosis venosa profunda (TVP)	Obstrucción de la luz venosa por trombos en venas profundas de extremidades inferiores y/o superiores y/o de cualquier estructura visceral.	Obstrucción de la luz venosa por trombos en venas profundas de extremidades inferiores y/o superiores y/o de cualquier estructura visceral	Cualitativo	Nominal	Presencia de trombosis venosa profunda: Si / No	Ficha de recolección de datos
Edad	Edad en años	Tiempo de años desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de cáncer de cérvix y TVP en simultáneo	Cuantitativo o continua	Razón	Edad en años	Ficha de recolección de datos
Tiempo de enfermedad de cáncer de cérvix	Tiempo de enfermedad desde el inicio de síntomas de cáncer de cérvix	Tiempo de enfermedad desde el inicio de síntomas de cáncer de cérvix	Cuantitativo o discreta	Intervalo	Tiempo de enfermedad en meses	Ficha de recolección de datos
Tiempo de enfermedad de trombosis venosa profunda	Tiempo de enfermedad desde el inicio de síntomas de trombosis venosa profunda	Tiempo de enfermedad desde el inicio de síntomas de trombosis venosa profunda	Cuantitativo o discreta	Intervalo	Tiempo de enfermedad en meses	Ficha de recolección de datos
Clínica de trombosis venosa profunda	Características clínicas de trombosis venosa profunda	1. Edema de extremidad. 2. Incremento de volumen de extremidad. 3. Dolor en extremidad o en área de órgano comprometido. 4. Signo de Homans positivo	Cualitativo	Nominal	Para cada uno de los 4 sub-ítems: Si / No	Ficha de recolección de datos

		en miembros inferiores.				
Ecografía Doppler venoso	Ecografía Doppler de miembros inferiores y/o superiores y/o de cualquier estructura visceral	Ecografía Doppler de miembros inferiores y/o superiores y/o de cualquier estructura visceral	Cualitativo	Nominal	Vena (s) comprometida por el trombo	Ficha de recolección de datos
Otro método diagnóstico	Cualquier otro método para diagnosticar la trombosis venosa profunda diferente de la ecografía doppler	Cualquier otro método para diagnosticar la trombosis venosa profunda diferente de la ecografía doppler: 1. Resonancia Magnética de área comprometida 2. Tomografía computarizada de área comprometida 3. Juicio Clínico	Cualitativo	Nominal	Para cada uno de los 4 sub-ítems: Si / No	Ficha de recolección de datos
Dímero D	Niveles plasmáticos de dímero D en pacientes con cáncer de cérvix y TVP	El dímero D es un producto de degradación de la fibrina que se forma cuando ésta es lisada por la plasmina. Detecta la presencia de trombos sometidos a un proceso de fibrinólisis	Cuantitativo o continua	Intervalo	Valores de Dímero (ng/mL)	Ficha de recolección de datos
Tiempo de protrombina (TP)	Niveles de protrombina antes del inicio de tratamiento antitrombótico	Niveles de protrombina antes del inicio de tratamiento antitrombótico	Cuantitativo o continua	Intervalo	TP e INR (<i>International Normalized Ratio</i>) pretratamiento	Ficha de recolección de datos
Tiempo de protrombina (TP) de control	Niveles de protrombina de control o postratamiento antitrombótico	Niveles de protrombina de control o postratamiento antitrombótico	Cuantitativo o continua	Intervalo	TP e INR (<i>International Normalized Ratio</i>) postratamiento	Ficha de recolección de datos
Tratamiento de trombosis venosa profunda	Tratamiento de trombosis venosa profunda	1. Enoxaparina o cualquier otra heparina de bajo peso molecular (HBPM) 2. Heparina sódica o cualquier heparina no fraccionada (HNF)	Cualitativo	Nominal	Para cada uno de los 4 sub-ítems: Si / No	Ficha de recolección de datos

		3. Warfarina o cualquier antagonista de la vitamina K 4. Nuevos anticoagulantes orales: apixaban, dabigatran, rivaroxabán.				
Mortalidad	Pacientes con trombosis venosa profunda y cáncer de cérvix fallecidos	Pacientes con trombosis venosa profunda y cáncer de cérvix fallecidos	Cualitativo	Nominal	Fallecidos Si/No	Ficha de recolección de datos