Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Medicina Humana

Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima periodo 2022-2024

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Alexis Gerard AGUADO CANDELA

ASESOR

Raúl César ALEGRÍA GUERRERO

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aguado A. Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima periodo 2022-2024 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Alexis Gerard Aguado Candela
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72226142
URL de ORCID	https://orcid.org/ 0009-0001-3234-265X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Raúl César Alegría Guerrero
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09138994
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-1376-5489
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	David Díaz Leyva
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06814707
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Luis Alfonso Meza Santivañez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07415051
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Leonell Rivelino Saavedra la Portilla
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	32944841

Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2025 – Marzo 2026
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Oncología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.21

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNMSM

Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.03.2026 11:07:49 -05:00

ACTA N°0040-2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Siendo las 10:00 horas del diez de marzo del año dos mil veintiséis, en el aula 2C del pabellón de aulas de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: David Díaz Leyva (Presidente), Luis Alfonso Meza Santivañez (Miembro), Leonell Rivelino Saavedra La Portilla (Miembro) y Raúl César Alegría Guerrero (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **"Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, periodo 2022-2024"**, presentado por don **ALEXIS GERARD AGUADO CANDELA**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Habiendo obtenido el calificativo de:

DIECISEIS (letras) ..... 16 (número)

que corresponde: aprobado con mención honrosa

Quedando conforme con lo expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

Dr. David Díaz Leyva
Presidente

M.E. Luis Alfonso Meza Santivañez
Miembro

M.E. Leonell Rivelino Saavedra La Portilla
Miembro

M.E. Raúl César Alegría Guerrero
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana

Dr. HECTOR PEREYRA ZALDIVAR
Director (e)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **RAÚL CÉSAR ALEGRÍA GUERRERO** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° **000343-2026-D-FM/UNMSM** de la tesis cuyo título es **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL DIAGNOSTICADAS AL DEBUT EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA PERIODO 2022-2024",** presentado por el bachiller **ALEXIS GERARD AGUADO CANDELA** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 13**%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional.

Lima, 12 de Marzo de 2026

Firma del Asesor
Nombres y Apellidos del asesor: Raúl César Alegría Guerrero

DNI: 09138994

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de ovario es el tumor ginecológico más letal. Debido a la ausencia de un método de tamizaje universal, sintomatología silenciosa, diagnóstico tardío, la heterogeneidad molecular de sus subtipos y tratamientos complejos, es fundamental caracterizarlo.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial primario diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2022-2024.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 50 pacientes operadas con diagnóstico histopatológico de cáncer de ovario epitelial primario al debut. **Resultados:** La edad media fue 54,7 ± 15,6 años y 70% tenía una edad mayor de 50 años. El nivel educativo predominante fue secundario (44%). La menarquia temprana se observó en 30%, la nuliparidad en 28% y la obesidad en 36% de los casos. El síntoma más frecuente afirmado fue dolor o distensión abdominal (86%), con ascitis en 42% y masa anexial en 50%. La mayoría se diagnosticó en estadio III (56%, subestadio IIIC 46%). El carcinoma seroso de alto grado fue el subtipo histológico más común (58%). La cirugía primaria se realizó en 64% de los casos; la resección completa se alcanzó en el 42% de los casos. La quimioterapia adyuvante fue el tratamiento farmacológico más frecuente (54%).

Conclusiones: El cáncer de ovario epitelial al debut fue más frecuente en mujeres mayores de 50 años. La menarquia temprana y la obesidad fueron los factores epidemiológicos más comunes. El dolor abdominal y/o distensión abdominal fue el síntoma más prevalente. El estadio clínico más frecuente fue el estadio III (IIIC). La cirugía primaria y la quimioterapia adyuvante fueron los tratamientos más empleados. La mayoría de pacientes presentaron carcinoma seroso de alto grado.

Palabras clave

Neoplasias ováricas; Carcinoma epitelial de Ovario; Carcinoma Endometrioide; Procedimientos Quirúrgicos de Citorreducción; Terapia Combinada (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cancer is the most lethal gynecological tumor. Due to the absence of a universal screening method, silent symptoms, late diagnosis, the molecular heterogeneity of its subtypes, and complex treatments, it is essential to characterize it.

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and pathological characteristics of patients with primary epithelial ovarian cancer diagnosed at onset at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital, Lima, 2022-2024.

Materials and methods: Descriptive, cross-sectional, retrospective study of 50 patients who underwent surgery with a histopathological diagnosis of primary epithelial ovarian cancer at onset.

Results: The mean age was 54.7 ± 15.6 years, and 70% were over 50 years of age. The predominant educational level was secondary (44%). Early menarche was observed in 30%, nulliparity in 28%, and obesity in 36% of cases. The most frequent symptom reported was abdominal pain or distension (86%), with ascites in 42% and adnexal mass in 50%. Most were diagnosed at stage III (56%, substage IIIC 46%). High-grade serous carcinoma was the most common histological subtype (58%). Primary surgery was performed in 64% of cases; complete resection was achieved in 42% of cases. Adjuvant chemotherapy was the most common drug treatment (54%).

Conclusions: Epithelial ovarian cancer at onset was more common in women over 50 years of age. Early menarche and obesity were the most common epidemiological factors. Abdominal pain and/or abdominal distension was the most prevalent symptom. The most common clinical stage was stage III (IIIC). Primary surgery and adjuvant chemotherapy were the most commonly used treatments. Most patients had high-grade serous carcinoma.

Keywords

Ovarian neoplasms; Epithelial ovarian carcinoma; Endometrioid carcinoma; Cytoreductive surgical procedures; Combination therapy (Source: DeCS)

ÍNDICE

CAPÍTULO I..... 1
1.1. Planteamiento del problema..... 1
1.1.1. Delimitación del problema..... 1
1.1.2. Formulación del problema..... 4
1.2. Formulación de objetivos..... 4
1.2.1. Objetivo general..... 4
1.2.2. Objetivos específicos..... 5
1.3. Justificación de la investigación..... 5
1.3.1. Justificación teórica..... 5
1.3.2. Justificación práctica..... 5
1.4. Limitaciones del estudio..... 6
CAPÍTULO II..... 7
2.1. Marco teórico..... 7
2.1.1. Antecedentes..... 7
2.1.2. Bases teóricas..... 14
2.1.3. Términos básicos..... 24
2.2. Formulación de la hipótesis..... 26
2.3. Diseño metodológico..... 26
2.3.1. Tipo de investigación..... 26
2.3.2. Población..... 26
2.3.3. Muestra..... 27
2.3.4. Criterios de selección..... 27
2.3.5. Variables..... 27
2.3.6. Operacionalización de variables..... 30
2.3.7. Técnicas e instrumentos..... 34
2.3.8. Plan de recolección de datos..... 35
2.3.9. Análisis estadístico..... 35
2.3.10. Consideraciones éticas..... 35
CAPÍTULO III..... 36
3.1 Resultados..... 36
3.1.1. Características epidemiológicas..... 36
3.1.2. Características clínicas..... 40
3.1.3. Características patológicas..... 48
3.2. Discusión..... 51
3.3. Conclusiones..... 58
3.4. Recomendaciones..... 59
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 60
5. ANEXOS..... 68

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 37
Tabla 2. Factores de riesgos y comorbilidades de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 39
Tabla 3. Variables imagenológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 44
Tabla 4. Características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 50

FIGURAS

Figura 1. Edades de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 37
Figura 2. Síntomas y signos clínicos de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 40
Figura 3. Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024).....41
Figura 4. Estadios clínicos de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 42
Figura 5. Hallazgo imagenológico predominante de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 43
Figura 6. Tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 45
Figura 7. Enfermedad residual posterior a cirugía de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 46
Figura 8. Enfermedad residual según tipo de tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024).....47
Figura 9. Tratamiento farmacológico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 48
Figura 10. Tipo histológico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)..... 49

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es el tumor ginecológico más letal y representa un importante problema de salud pública. Según proyecciones para el 2050, aproximadamente 12 millones de mujeres serán diagnosticadas con cáncer de ovario y un total de 8 millones morirán a causa de la enfermedad, si no se toman medidas para combatir esta enfermedad (1). A nivel global, una tasa de incidencia de 6.7 y una tasa de mortalidad de 4.0 fueron reportadas en 2022 (2), que según estimaciones se han mantenido prácticamente estancadas desde hace 50 años (3). En América Latina, incluido el Perú, la disparidad en las tasas que existe entre los países refleja el hecho de que la detección oportuna de esta afección se ve influida por diversas variables socioeconómicas, así como por el acceso al diagnóstico y al tratamiento (4).

El cáncer de ovario es predominantemente de origen epitelial (90%), el resto en menor porcentaje lo conforman los tumores de células germinales (3%-5%) y tumores del estroma del cordón sexual (2%-5%). Según la clasificación de la OMS 2020, existen cinco subtipos principales de cáncer ovárico epitelial: seroso de alto grado (70%-80%), seroso de bajo grado (5%-10%), endometrioide (10%-20%), de células claras (5%-10%) y mucinoso (3%-5%) con comportamiento clínico distinto, respuesta al tratamiento y resultado pronóstico (5). Diversos estudios internacionales reportan que cerca del 80% se diagnostican en etapas tardías, lo que impacta directamente en la supervivencia (6). En este contexto, resulta fundamental analizar las características de pacientes diagnosticadas al debut de cáncer de ovario epitelial, entendiendo como tal al diagnóstico confirmado de cáncer de ovario en una paciente sin antecedente previo de la enfermedad, que no corresponde a recurrencia ni a progresión (7).

Desde la perspectiva epidemiológica, variables como la edad, la paridad, la edad de menarquia y menopausia, así como los antecedentes familiares de neoplasias ginecológicas, entre otras, han sido descritas como elementos asociados que pueden influir en su forma de presentación y evolución. En el ámbito clínico, la presentación

inespecífica de los síntomas y el diagnóstico tardío y la falta de un tamizaje universal contribuyen al retraso diagnóstico. Por otro lado, las características patológicas constituyen los principales determinantes del pronóstico y la supervivencia (5). En este sentido, analizar estas variables en pacientes diagnosticadas al debut permitirá comprender la magnitud de la situación y contribuirá a una mejor comprensión de la enfermedad.

En el contexto nacional, la información accesible es limitada y proviene principalmente de centros especializados, lo que dificulta la generalización de los resultados a todo el país (8,9). Por ello, es necesario generar evidencia local que permita caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y patológico de pacientes con cáncer de ovario epitelial. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo describir las **características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022-2024**.

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Delimitación del problema

El cáncer de ovario es el más letal de todos los cánceres ginecológicos (1). Según el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, tiene una de las tasas de supervivencia a cinco años más bajas entre los tumores malignos comúnes en mujeres, que es del 51,6 % (10). A nivel global, 324 603 casos nuevos, con una tasa de incidencia ajustada por edad de 6.7 por 100,000 personas; y 206 956 muertes por cáncer de ovario, con una tasa de mortalidad de 4.0 por 100,000 personas; fueron reportadas en 2022, según Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) (2). Desde aproximadamente 1980, las tasas de mortalidad asociadas a este tipo de cáncer se han mantenido prácticamente estables, a pesar de los avances logrados tanto en su detección como en su tratamiento (3). Según las estadísticas proporcionadas por GLOBOCAN, la Coalición Mundial contra el Cáncer de Ovario ha estimado que, para el año 2050, algo menos de doce millones serán diagnosticadas con cáncer de ovario y pronostica además que 8 millones de mujeres morirán de cáncer de ovario si no se hace nada para cambiar la situación actual (1).

Entre las regiones, la de mayor tasa de incidencia fue Europa (9.3 por 100,000), seguida de la región del Sudeste Asiático (6.8 por 100,000), y las Américas (6.5 por 100,000) (2), con tasas de mortalidad cada vez más altas en los países de ingresos bajos y medios (1,11). Del mismo modo, las tasas de supervivencia en los países más desarrollados son más elevadas, oscilando entre 36% y 46%, en comparación con el resto de los países, donde estas cifras son inferiores (12).

En 2022, en América Latina y el Caribe, la tasa de incidencia del cáncer de ovario fue de 5,7 por 100,000 y la tasa de mortalidad de 3,6 por 100,000. No obstante, se observó una marcada heterogeneidad entre los países de la región. Uruguay presentó la mayor tasa de incidencia (8.0 por 100,000), seguido de países como Argentina (6.8 por

100,000), Colombia (6.7 por 100,000) y Chile (6.3 por 100,000), Venezuela (6.1 por 100,000) y Perú (5.8 por 100,000), mientras que Bolivia registró la menor incidencia regional (2). Las desigualdades en el estatus socioeconómico, el nivel educativo y el acceso a la atención sanitaria son ejemplos de características sociodemográficas que pueden influir en estas discrepancias entre países. Estos factores repercuten tanto en el diagnóstico oportuno como en los resultados en salud. (13).

Para el Perú, las estimaciones de GLOBOCAN 2022 reportan que el cáncer de ovario tiene una tasa de incidencia ajustada por edad de 5.8 por cada 100,000 personas y una tasa de mortalidad de aproximadamente 3,6 por cada 100,000 personas (2). Esta cifras son comparables con los últimos registros poblacionales disponibles, como los del Registro Metropolitano de Cáncer de Lima para el período 2010-2012, que reportaron una incidencia ajustada de 7,73 por cada 100,000 personas y una tasa de mortalidad de 3.57 por cada 100,000 (14). Este comportamiento sugiere que, aunque la incidencia del cáncer ha mostrado una ligera disminución, en conjunto estas variables a lo largo del tiempo se han mantenido hasta cierto punto estables. Este escenario subraya la necesidad oportuna de fortalecer las directivas nacionales para su vigilancia y manejo.

Para Lima, si bien existen reportes nacionales e institucionales, la mayoría de los estudios disponibles son limitados en número, poco actualizados o provienen principalmente de institutos especializados lo que restringe la extrapolación de sus resultados a otros escenarios asistenciales. Por tanto, resulta relevante generar información local que permita caracterizar el comportamiento del cáncer de ovario en instituciones de referencia del sistema de salud peruano. La generación de evidencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) permitirá aportar información actual y representativa sobre el perfil de pacientes, el estadio y características al diagnóstico, o si presenta particularidades propias de su población asegurada, lo cual resulta de interés para identificar patrones locales, evaluar posibles brechas en el diagnóstico oportuno y contribuir a la planificación de estrategias de vigilancia y manejo en el ámbito hospitalario.

Se ha relacionado una serie de factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de ovario. Algunos de estos factores de riesgo incluyen la edad avanzada, la nuliparidad, los antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario, y las mutaciones genéticas en los genes BRCA1/BRCA2 (15). Otros factores reconocidos incluyen el uso prolongado de terapia hormonal posmenopáusica, la menarquia temprana, la menopausia tardía, la endometriosis (particularmente asociada a los subtipos endometrioide y de células claras) y condiciones metabólicas como la obesidad, las cuales han sido consistentemente vinculadas a un mayor riesgo en estudios epidemiológicos de gran escala (16).

Uno de los obstáculos más importantes es que no existe ninguna herramienta de detección eficaz para el cáncer de ovario. A pesar del uso inicialmente de marcadores como CA-125 o herramientas como la ecografía transvaginal, no se ha demostrado que ninguno de estos métodos tenga la sensibilidad y especificidad suficientes para la detección precoz en la población general (17). Esta limitación provoca que más del setenta por ciento de pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas (III-IV) (6).

El pronóstico para el cáncer de ovario aún es desfavorable a nivel global, la supervivencia a 5 años es cercana al 42%, pero desciende a menos del 26% en estadios avanzados (18). La mayoría de los casos de cáncer de ovario en Perú se diagnostican en etapas avanzadas (de la etapa III a la etapa IV), según lo demuestran los datos institucionales proporcionados por el INEN. El pronóstico es aún peor como resultado de esto, lo que disminuye la probabilidad de administrar un tratamiento curativo de manera oportuna (19).

Tanto el tipo histológico del cáncer de ovario como el estadio de la enfermedad son dos elementos que influyen en la determinación del tratamiento de la enfermedad. Se ha demostrado que la combinación de quimioterapia con platino y cirugía citorreductora es la técnica terapéutica más eficaz (20). En los últimos años, se ha demostrado que algunos tratamientos, como los inhibidores de PARP (inhibidores farmacológicos de la enzima poli-ADP-ribosa polimerasa) y la terapia dirigida (bevacizumab), pueden

aumentar considerablemente las tasas de supervivencia en pacientes con mutaciones BRCA o déficit de recombinación homóloga (21).

1.1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima **-** periodo 2022-2024.

De este problema general derivan los siguientes problemas especÌficos:

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022-2024?
- ¿Cuáles son las características clínicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024?
- ¿Cuáles son las características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024?

1.2. Formulación de objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Determinar las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022-2024.

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir las características epidemiológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022-2024.
- Describir las características clínicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024.
- Describir las características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024.

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

Las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer de ovario lo convierten en un peligro significativo para la salud pública en todo el mundo. En Perú, la información epidemiológica local continúa siendo limitada y, en muchos casos, escasa, que describa de manera integral sus características epidemiológicas, clínicas y patológicas al momento del debut. Asimismo, frente a los avances terapéuticos recientes resulta necesario conocer la situación actual respecto al cáncer de ovario para su instauración en la práctica clínica. Este aporte contribuirá a fortalecer el conocimiento nacional sobre la enfermedad, identificar patrones relevantes y servir como sustento teórico para futuras investigaciones orientadas a evaluar factores pronósticos y desenlaces clínicos en nuestra población.

1.3.2. Justificación práctica

En esta investigación se proporcionará una descripción de los aspectos epidemiológicos, clínicos y patológicos más importantes de pacientes con cáncer de ovario epitelial intervenidas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Esta información permitirá orientar a los ginecólogos oncólogos y médicos tratantes en lo que respecta a la detección precoz de la enfermedad y al proceso de

toma de decisiones sobre el tratamiento. Asimismo, los hallazgos servirán como referencia institucional para evaluar y optimizar los procesos diagnósticos y de manejo integral, además de facilitar la comparación con reportes nacionales e internacionales, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de atención en el ámbito hospitalario peruano.

1.4. Limitaciones del estudio

El diseño de esta investigación, que es un enfoque descriptivo, transversal y retrospectivo, que se basa en la evaluación de datos que se registraron previamente en los historiales médicos de los pacientes, es una de las limitaciones más significativas de esta investigación. Este enfoque implica la posibilidad de encontrar información incompleta, ausente o inconsistente, especialmente en lo referido a antecedentes epidemiologicos, clínicos y patologicos en cuanto al cáncer de ovario.

Asimismo, algunas variables podrían no haber sido recolectadas de manera sistemática durante la atención médica, lo que podría afectar la precisión y uniformidad de los análisis estadísticos. El hecho de depender de registros existentes también expone al estudio a posibles sesgos de selección, dado que solo se incluirán aquellos pacientes con datos completos y verificables. Por otro lado, existe el riesgo de sesgo de información, ya que los parámetros epidemiológicos, clínicos y patologicos fueron documentados en el marco de la práctica clínica rutinaria, sin un protocolo estandarizado de recolección de datos para investigación. Sin embargo, dicho esto, este estudio está totalmente justificado, ya que es uno de los primeros esfuerzos locales para analizar las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial al debut. Este estudio proporciona información valiosa que puede utilizarse para futuras investigaciones y para mejorar la atención a esta población.

CAPÍTULO II

2.1. Marco teórico

2.1.1. Antecedentes

Mundial

Eteba et al. (2018) (22) en Egipto, entre enero de 2009 y diciembre de 2013, investigadores del Mansoura University Hospitals realizaron un estudio retrospectivo sobre carcinoma. El trabajo incluyó 148 pacientes. La mediana de edad fue 55 años (rango 19-80). El subtipo histopatológico predominante fue cistoadenocarcinoma seroso (94/148; 63.5%), seguido por endometrioide (17.5%). Al momento del diagnóstico 79 pacientes (53.4%) estaban en estadio III y 33 (22.3%) en estadio IV; el 66.9% presentó tumores grado III. La mayoría (140/148; 94.6%) recibió tratamiento quirúrgico; la citorreducción óptima se consiguió en 85 pacientes (60.7%). La edad, histología, estadio, grado y residuo tumoral post-citorreducción fueron factores pronósticos independientes.

Hussein M.J. et al. (2019) (23) llevó a cabo una investigación retrospectiva en el Centro Oncológico Rizgary de Erbil, Irak, con el objetivo de describir las características clínicas e histológicas del cáncer de ovario. Se analizaron 100 casos diagnosticados entre 2014 y 2017. Las pacientes tenían una edad media de 52,59 años cuando fueron examinados. El subtipo histológico de cistoadenocarcinoma papilar seroso fue el más prevalente, representando el 56 % de todos los casos. El lado derecho fue el sitio más afectado (57%). Aproximadamente el 68 por ciento de pacientes fueron detectados en estadio clínico IV. Basándose en sus hallazgos, los autores llegaron a la conclusión de que las mujeres mayores de esta cohorte tenían una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de ovario en estadios más avanzados, siendo el subtipo seroso el más prevalente.

Ao et al. (2020) (24) realizaron un estudio retrospectivo en Ile-Ife, Nigeria, con el fin de proporcionar una descripción de las características clínicas y patológicas de los cánceres epiteliales de ovario que se produjeron entre los años 2005 y 2014. Se analizaron 51 casos, con edades comprendidas entre 23 y 94 años (edad media 46,5 años); los tumores malignos predominaron en mujeres mayores de 40 años (84%). Los tumores malignos representaron el 54,9%, los tumores benignos el 41,2% y los tumores limítrofes el 3,9%. El subtipo seroso fue el más frecuente (74,5%), seguido del mucinoso (15,7%) y el tumor de Brenner (5,9%); entre los tumores malignos, el carcinoma seroso representó el 75%. El síntoma más frecuente fue la distensión abdominal (74,4%). Con un rango de 5 a 30 cm, el tamaño medio del tumor fue de 16,4 cm. Según el método de clasificación de MD Anderson, el 74 % de los carcinomas se clasificaron como de alto grado, siendo el carcinoma seroso de alto grado el tipo más frecuente.

Pillay L. y Wadee R. (2021) (25) realizaron una investigación retrospectiva con el objetivo de describir las características epidemiológicas e histológicas del cáncer de ovario epitelial, prestando especial atención a las neoplasias epiteliales de ovario, en el Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital, Johannesburgo, Sudáfrica. Analizaron 123 casos diagnosticados entre 2013 y 2017, de los cuales 29 fueron tumores malignos. Las pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario tenían una edad media de 49 años y la mayor prevalencia era entre la quinta y la sexta década de vida tras el diagnóstico. Desde el punto de vista histológico, el subtipo más común fue el carcinoma seroso de alto grado, que representó el 58,6 % de todos los casos. Le seguían el carcinoma seroso de bajo grado, el carcinoma mucinoso, el carcinoma de células claras y el carcinoma endometrioide. En su serie, los autores llegaron a la conclusión de que el tipo más común de cáncer de ovario epitelial es el subtipo seroso, y más concretamente el subtipo de alto grado.

Mohamad et al. (2022) (26) realizaron un estudio de 51 casos entre 2014 y 2020 (Baghdad, Irak) encontrando que 27 fueron tumores malignos (52.9%), 12 borderline (23.5%) y 12 benignos (23.5%), con edad media de 49.4 años en los casos malignos y

predominio en mujeres <55 años (59%). El subtipo seroso fue el más prevalente, seguido por los subtipos mucinoso y endometrioide. El ovario derecho fue la ubicación del 63 % de los tumores malignos, y el 70,4 % de los tumores tenían un tamaño superior a 5 centímetros. En cuanto al grado histológico, 40.7% fueron de alto grado. El estadio IC (29.6%) fue el más común, seguido de IA (25.9%), aunque también se identificaron estadios avanzados como III (18.6%) y IV (3.7%). Los autores concluyen que los tumores epiteliales predominan y que, pese a detectarse muchos en etapas tempranas, aún persisten diagnósticos en fases avanzadas con peor pronóstico.

Abdullah L.S. et al. (2025) (27) realizaron un estudio clínico-patológico retrospectivo en un centro terciario en Jeddah, Arabia Saudita entre los años 2012 y 2021, examinando los datos de 252 personas a las que se les diagnosticó cáncer de ovario epitelial. La edad promedio fue de 48,2 años, predominando el grupo de 41 a 50 años. El subtipo histológico más frecuente fueron los tumores serosos (61,1%), principalmente cistadenoma seroso y carcinoma seroso de alto grado. El dolor abdominal fue el síntoma inicial más frecuente (41,7%) y el estadio FIGO I fue el más frecuente (48,5%). El marcador tumoral CA-125 fue el más empleado (36,9%). La mayor parte del tratamiento consistió en procedimientos quirúrgicos, sobre todo histerectomía abdominal completa con salpingooforectomía bilateral, pero también se utilizó quimioterapia en algunas de pacientes.

Latinoamérica

González Fernández et al. (2021) (28) realizaron una investigación en Cuba durante los años 2015-2018 con la intención de identificar pacientes con cáncer de ovario. En el estudio participaron 71 personas. El 36 % de las pacientes tenían entre 55 y 69 años, y la edad media en el momento del diagnóstico era de 54 años. El 92% eran multíparas y el 98,6% no tenían antecedentes familiares. Los tumores epiteliales fueron responsables del 91,6 % de los casos, siendo el adenocarcinoma seroso el subtipo más prevalente (64,8%), seguido de los tumores mucinosos (18,3%). En cuanto al estadio clínico, el 35,2% de pacientes fueron diagnosticados en FIGO IIIC, mostrando una alta proporción de presentación en estadios avanzados. El tratamiento se basó principalmente en cirugía (97,2%), con predominio de la cirugía subóptima (52,1%),

combinada con quimioterapia adyuvante en el 45,1% de los estudiados. Durante la evaluación de la respuesta terapéutica, se observó que el 35,2 % de pacientes había obtenido una respuesta completa a la administración inicial del tratamiento.

Castro Averos (2022) (29) llevó a cabo una investigación sobre pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario que fueron tratadas entre los años 2010 y 2019 en Quito, Ecuador. Se incluyó en el estudio a un total de 197 pacientes, con una edad promedio de 54 años. La mayoría de las participantes eran mujeres posmenopáusicas (72%), y alrededor del 70 % de ellas tenían sobrepeso u obesidad. La menarquia ocurrió principalmente a los 12 años, la nuliparidad fue del 16% y los antecedentes familiares de cáncer fueron inferiores al 10%. Entre las comorbilidades, el 23% presentó hipertensión arterial y el 12% diabetes mellitus. El síntoma clínico más frecuente fue el malestar abdominal-pélvico, que experimentó el 74 % de pacientes; le siguieron la distensión abdominal o ascitis, que experimentó el 27 % de pacientes, y la masa palpable, que experimentó el 19 % de pacientes. Sin embargo, el 10 % de pacientes no presentó ningún síntoma. El diagnóstico se basó principalmente en la elevación del CA-125 (87%), con bajo uso de otros marcadores tumorales. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se realizó en una fase avanzada, concretamente FIGO III (42 %) y IV (17 %). El cistadenocarcinoma seroso era el tipo de cáncer histopatológico más frecuente, representando el 56 % de todos los casos.

Otero-Leyva et al. (2023) (30) entre el 2020 y 2022 en Cuba en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey realizó una investigación sobre cáncer de ovario con un total de 55 pacientes. La mayoría tenían entre 60 y 69 años (45,5%), nulíparas (52,7%), hipertensión arterial (74,5%), diabetes mellitus (29,1%) y obesidad (87,3%). El 76% de las personas tenían una dieta rica en grasas y el 25,5 % tenían antecedentes familiares de cáncer de ovario, que fueron los factores prevalentes. Clínicamente predominó el dolor abdominal (74,5%), aumento de volumen (58,2%) y sensación de plenitud pélvica (20%), con ascitis ocasional y masas anexiales. En cuanto a las características histológicas, los tipos más comunes de neoplasias fueron el cistoadenocarcinoma mucinoso (27,3 %) y el adenocarcinoma papilar superficial (14,5 %). Además, la mayoría de las neoplasias eran unilaterales (78,2 %). El estadio clínico

predominante fue IIIB (32,7%) y IIIA (29,1%). Los estudios diagnósticos incluyeron procedimientos histopatológicos y estudios de imagen. A pesar de que no se revelaron las proporciones concretas, se puso de relieve la necesidad de una identificación temprana para el primer tratamiento quirúrgico y farmacológico.

Petrocelli Rivas et al. (2023) (31) realizaron un estudio transversal descriptivo en La Habana, Cuba, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Ramón González Coro entre enero de 2011 y diciembre de 2021, se incluyeron en el estudio 53 pacientes con cáncer de ovario no metastásico. Dentro del rango de edad de 25 a 76 años, la edad media fue de 51,2 años (±12,7), siendo el grupo de edad de 40 a 49 años el más numeroso (35,8 %). Los antecedentes familiares de cáncer ginecológico fueron bajos (3,8%) 2 casos: uno de cáncer endometrial y otro único de cáncer mamario). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (32,1%), asma (18,9%), diabetes (7,5%) y trastornos tiroideos (7,5%). Clínicamente, los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal bajo (39,6%), agrandamiento abdominal (20,8%) y sangrado vaginal (20,8%), con trastornos gastrointestinales y urinarios en 3,8% cada uno. El tipo histológico predominante fue el epitelial (83,0%), especialmente el cistadenocarcinoma papilar seroso (68%). El estadio FIGO mostró un 64,1% en estadios tempranos (I-II), un 30,2% en estadio III y un 5,7% en estadio IV. El tratamiento inicial más común fue la cirugía (88,7%; con resección completa en el 60,4%), seguido de la quimioterapia neoadyuvante en el 11,3%; el 84,9% recibió quimioterapia adyuvante, principalmente carboplatino + taxol (81,1%). Los investigadores llegan a la conclusión que el perfil epidemiológico, clínico, histológico y de supervivencia es similar a los reportes internacionales, destacando un diagnóstico en estadios más tempranos posiblemente relacionado con la accesibilidad del sistema de salud cubano.

De León Guillén (2023) (32) realizó un estudio en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a lo largo de los años 2020 y 2021, con un total de 103 personas diagnosticadas con cáncer de ovario tratadas en el Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social N.º 2. La edad media fue de 54 años y osciló entre los 18 y los 85 años, con predominio de mujeres con educación primaria o analfabetas (55.4%) y amas de casa (73.8%). Un

porcentaje modesto de la familia tenía antecedentes de cáncer de ovario (1 %). Las mujeres alcanzaron la menarquia a los 11,38 años y la menopausia a los 33,16. El número medio de embarazos era de 3,7. En cuanto a las manifestaciones clínicas, las más frecuentes eran molestias pélvicas y abdominales, distensión abdominal y, en ocasiones, ascitis. El carcinoma epitelial fue el tipo histológico más común (81,6 %), mientras que el estadio clínico más frecuente fue el III C (20,4 %). Los marcadores diagnósticos incluyeron estudios de imagen y de laboratorio, con predominio de los hallazgos clínicos y ecográficos. El tratamiento inicial más común fue la quimioterapia (44,7%), luego la cirugía combinada con quimioterapia (27,2%).

Richau et al. (2024) (33) realizó un estudio en Brasil para evaluar las variaciones somáticas y germinales en BRCA1, BRCA2 y TP53 y, de forma secundaria, resumir las características clínico-patológicas de pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial. En la investigación participaron cuarenta y seis pacientes diferentes. En el momento del diagnóstico, la edad promedio era de 57 años, con un rango que iba desde los 31 hasta los 94 años. De todos los casos, el carcinoma seroso de alto grado fue el subtipo histológico predominante, representando el 60,7 %. Las pacientes con antecedentes familiares compatibles con el síndrome hereditario de cáncer de mama y ovario representaban el 23,2 % del total. La mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios avanzados, con un 41,1 % en estadio III y un 25,0 % en estadio IV. El tratamiento principal incluyó cirugía citorreductora (histerectomía total + salpingooforectomía bilateral + omentectomía) en un 85,4%, quimioterapia neoadyuvante en un 26,8% y la mayoría 82,1% quimioterapia adyuvante a base de carboplatino-paclitaxel. Los autores concluyen que el perfil clínico-patológico es consistente con reportes previos en poblaciones latinoamericanas, con predominio del tipo seroso de alto grado en estadios III-IV y la relevancia del análisis genético para identificar candidatos con los inhibidores de PARP.

Sánchez et al. (2024) (34) incluyó 547 pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial y atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer de Panamá entre los años 2012 y 2021. La edad media era de 56 años. El 61 % de la población tenía sobrepeso u obesidad. Los subtipos histológicos endometrioide, de células claras y mucinoso fueron

los siguientes más prevalentes, seguidos del más frecuente el tipo seroso, que representó el 59 % de todos los casos. El 67 % de pacientes fueron diagnosticadas cuando se encontraban en estadios avanzados (III-IV). El 80% presentó CA-125 elevado al diagnóstico con una mediana de 600 U/mL. La terapéutica inicial más habitual fue cirugía combinada con quimioterapia (62%). La mortalidad fue mayor en etapas avanzadas, especialmente en la etapa IV.

Aguilera Enoa et al. (2025) (35) llevó a cabo un proyecto de investigación entre los años 2018 y 2022 en el Hospital Provincial de Ginecología y Obstetricia Fe del Valle Ramos, en Cuba. El objetivo fue describir las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario. Hubo un total de 60 casos. La mayoría de ellas eran mujeres de 45 años o más. El carcinoma seroso fue el tipo de cáncer epitelial más frecuente (35%). Se determinó que el factor de riesgo más significativo era el historial de cáncer ginecológico. La diabetes, la hipertensión y la obesidad fueron las tres comorbilidades más frecuentes. La tendencia a la detección tardía quedó demostrada por el hecho de que la mayoría de los casos se detectaron en las etapas III y IV. El tratamiento más empleado fue la cirugía seguida de quimioterapia, aunque en estadios avanzados predominó la quimioterapia neoadyuvante. Los autores concluyen que el perfil clínico-patológico coincide con otros reportes latinoamericanos y resalta la necesidad de diagnóstico precoz.

Perú

Dávila Riega KR et al. (2022) (9) en el período comprendido entre 2016 y 2021, el Instituto Regional del Sur de Enfermedades Neoplásicas (Arequipa, Perú) realizó un análisis de 134 pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario primario. La edad media era de 51 años. La mayoría de la población tenía entre 40 y 59 años, lo que representaba el 48,51%. Entre los factores de riesgo, se observó alta frecuencia de obesidad (70.15%) y multiparidad (54.39%), mientras que la historia familiar y el tabaquismo fueron poco relevantes. La menarquia se produjo a una edad media de 12,9 años, mientras que la menopausia se produjo a una edad media de 46,8 años. El carcinoma epitelial fue el tipo histológico más prevalente, ya que representó el 88,81 %. El subtipo histológico fue el adenocarcinoma seroso de alto grado, que constituyó el

35,82 %. El estadio IA fue el más frecuente (30,60%), seguido del estadio IIIC (21,64 %). Durante el período en cuestión, la tasa de mortalidad total fue del 7,46 %.

Calisaya Huacasi AC (2025) (36) realizó en el Hospital Nacional Guillermo Almenara (Lima, Perú) un estudio de tesis con 200 personas con diagnosticado de cáncer de ovario. Se demostró que el rango de edad de entre 45 y 60 años era el que presentaba el mayor número de casos (35,5 %), seguido de las mujeres mayores de 60 años (21,0 %). Entre los factores epidemiológicos y clínicos, se observó alta frecuencia de nuliparidad (36,5%) y multiparidad (39,0%), así como menarquia normal (40,5%) y precoz (31,5%), mientras que la menopausia normal (24,0%) y precoz (15,5%) mostraron asociación significativa con la prevalencia de la enfermedad. En cuanto a las comorbilidades, predominó la obesidad (52,5%), seguida de diabetes mellitus (13,5%), hipotiroidismo (13,0%), síndrome de ovario poliquístico (16,5%) e hipertensión arterial (11,0%). Desde el punto de vista histopatológico, el tipo de cáncer más frecuente fue el cáncer epitelial, que representó el 76,5 % de todos los casos. El carcinoma seroso de alto grado, que representó el 28,0 % de todos los casos, fue el tipo más prevalente, seguido del mucinoso (25,0 %) y el endometrioide (24,5 %). El estadio IA fue el más frecuente (22,5 %), y la distribución de los estadios fue comparable entre los estadios tempranos I-II (50,5 %) y los estadios avanzados III-IV (49,5 %).

2.1.2. Bases teóricas

Epidemiología

El cáncer de ovario se considera una de las neoplasias ginecológicas más letales. Según las estimaciones incluidas en el informe Global Cancer Statistics 2022, se registraron más de 325 000 nuevos casos de cáncer de ovario y 207 000 muertes causadas por esta enfermedad en todo el mundo. Se prevé que la carga mundial del cáncer de ovario aumente en más de un 40% para el año 2040, según las previsiones realizadas por organizaciones internacionales, impulsada principalmente por el envejecimiento poblacional y el crecimiento demográfico en regiones de ingresos bajos y medios. Los datos del Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) muestra que las tasas de incidencia ajustadas por edad varían ampliamente entre regiones: Europa

Central y Oriental tiene las tasas más altas, con una incidencia superior a 11 casos por cada 100 000 mujeres-año. Por otro lado, las zonas con menor incidencia, como África Occidental, tienen tasas inferiores a 5 casos por cada 100 000. En cuanto a las tasas de mortalidad, Europa Oriental, América Latina y el Caribe se encuentran entre las zonas con las tasas más altas. Esto pone de relieve las disparidades que existen en cuanto al acceso a un diagnóstico rápido y a un tratamiento especializado (37,38).

En Perú, la tasa de mortalidad asociada al cáncer de ovario sigue siendo una de las más altas de la región, lo que refleja la falta de acceso rápido al diagnóstico y al tratamiento. En comparación con otros países de la región que cuentan con sistemas oncológicos más consolidados, como Chile y Colombia, la respuesta de Perú a esta enfermedad se encuentra en un nivel de desarrollo intermedio (4). En series hospitalarias peruanas se ha descrito el comportamiento local del cáncer de ovario. En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, entre 2007 y 2011, se estudiaron 46 pacientes y sus historias clínicas, predominando las mujeres de 51 a 60 años, con patrones patológicos donde el adenocarcinoma fue el tipo más frecuente, destacando el subtipo cistoadenocarcinoma mucinoso como el más común (39). A nivel regional, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN - Arequipa) reportó una edad promedio cercana a los 51 años y una clara predominancia de tumores epiteliales (≈89%), especialmente adenocarcinoma seroso de alto grado. Si bien el estadio IA fue el más frecuente, también se observaron casos en estadios avanzados como el IIIC, mostrando un perfil mixto (9). En conjunto, la evidencia nacional disponible sugiere un comportamiento clínico y patológico del cáncer de ovario afecta principalmente a mujeres de edad avanzada, con claro predominio de tumores epiteliales, configurando, en parte, un perfil clínico-patológico heterogéneo.

Factores de riesgo

Factores no modificables

En cuanto a las variables determinantes, la edad es uno de los elementos más fiables. Dado que la edad habitual de diagnóstico se sitúa entre los 60 y los 65 años, afecta

principalmente a mujeres de edad avanzada. Es más frecuente entre las mujeres que han alcanzado la menopausia (35), en comparación con las mujeres menores de 40 años (40). Existe un patrón discernible que permite que la incidencia del cáncer de ovario varíe con la edad: el pico de carcinomas serosos, que son el subtipo epitelial más prevalente, se produce en la séptima década de vida; en contraste, con los otros subtipos epiteliales (como el endometrioide, mucinoso o de células claras) que tienden a diagnosticarse a edades más tempranas (18). Sin embargo, la existencia de antecedentes familiares de cáncer también es un factor importante a tener en cuenta, especialmente entre los familiares de primer grado. Se estima que tener un familiar de primer grado al que se le haya diagnosticado cáncer de ovario aumenta la probabilidad de contraer la enfermedad entre tres y cuatro veces. Las mutaciones en BRCA1/2, que confieren un riesgo significativo de cáncer de ovario, también predisponen a los individuos a cánceres de mama, páncreas y otros tipos. Asimismo, estas mutaciones hacen que las pacientes sean más susceptibles de padecer la enfermedad a una edad más temprana, (10 años antes) (40).

Factores reproductivo-hormonales

La evidencia más sólida apoya el concepto de “ovulación incesante”, el cual establece que mientras más ciclos ovulatorios se incrementa el riesgo de generar daño repetitivo del epitelio ovárico (41). Por este motivo, las situaciones que aumentan la exposición ovulatoria, como la menarquia precoz, la menopausia tardía, la nuliparidad y el primer embarazo tardío, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de ovario entre las mujeres. En un gran estudio (42) sobre la paridad, reportó que mujeres no nulíparas tuvieron un riesgo estimado un 26% menor de cáncer de ovario que las nulíparas. Además, determinó que cada parto posterior se relacionaba con una disminución general del 6 % en el riesgo de cáncer de ovario. Acota que la nuliparidad aumenta especialmente el riesgo de histotipo endometrioide y células claras. Otro estudio (43) evidenció que la menopausia tardía se asociaba con un mayor riesgo de cáncer epitelial de ovario. Esta asociación fue considerablemente más fuerte (HR) de 4,65 en los subtipos no serosos. Por otro lado, las variables que restringen la ovulación tienen

un efecto protector. Entre estos factores se incluyen la multiparidad, la lactancia prolongada y el uso de anticonceptivos orales, todos los cuales reducen de forma sistemática el riesgo (36). Según los resultados de una investigación que incluyó cinco mil casos, se determinó que dar a luz reduce la probabilidad de desarrollar cualquier subtipo histológico de cáncer de ovario epitelial en mujeres en edad premenopáusica y posmenopáusica (44).

Factores modificables y ambientales

Existe una correlación entre padecer diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, y tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de ovario. Según los resultados de un metaanálisis que incluyó 15 estudios de cohortes, las personas con diabetes completa tenían un 32 % más de probabilidades de desarrollar cáncer de ovario, mientras que las personas con diabetes tipo 2 tenían un riesgo un 24 % mayor (45). Otra comorbilidad muy frecuente fue la hipertensión, del que un metanálisis que incluyó 2,497,898 mujeres, mostró que la hipertensión aumenta el riesgo de cáncer de ovario en un 10% (RR = 1.10, IC95% 1.02-1.23). El riesgo era aún mayor en mujeres nulíparas (RR = 1.43) y en aquellas con IMC ≥25 (RR = 1.12) (46). La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de ovario epitelial (6% por cada 5 puntos de IMC) (47) y el efecto es más fuerte en mujeres premenopáusicas y subtipos mucinoso y de células claras (48) . En general, la obesidad es la comorbilidad más ampliamente estudiada y la que ha mostrado la asociación más consistente y de mayor magnitud con el riesgo de cáncer de ovario, lo que resalta su relevancia como factor modificable en la prevención de esta neoplasia.

Signos y síntomas

El cáncer de ovario tiene una presentación insidiosa. En la mayoría de los casos, los primeros síntomas del cáncer de ovario son vagos, inespecíficos y fácilmente atribuibles a problemas gastrointestinales o anomalías funcionales. El 95 % de las mujeres afirma haber experimentado la aparición gradual de síntomas inespecíficos

antes de recibir un diagnóstico de cáncer de ovario. Como resultado, más del 80 % de las pacientes son diagnosticadas cuando la enfermedad ya se encuentra en una fase avanzada (5).

Algunos de los primeros y más comunes síntomas son distensión abdominal prolongada (86 %), saciedad temprana (40 %), falta de apetito, malestar estomacal o pélvico, cambios en los hábitos intestinales y persistencia de los síntomas (49). La presencia de síntomas urinarios (55%), como polaquiuria o urgencia miccional, también es habitual. En un estudio los síntomas urinarios tenían un odds ratio de 2,5 (IC 95 % 1,3-4,8) comparando mujeres con cáncer vs población general, lo que significa que son significativamente más frecuentes en cáncer de ovario (50). El síntoma más frecuente, la distensión abdominal, es evidente en aproximadamente el 80% de los casos que se encuentran en etapas avanzadas. Esto se debe a que la ascitis o las masas anexiales grandes son las causas de esta afección (49,51). El dolor pélvico o abdominal crónico es otro indicador recurrente, resultado de la infiltración tumoral local, tracción peritoneal o irritación visceral, siendo mencionado como manifestación cardinal en múltiples revisiones globales (51).

En los estadios avanzados, la enfermedad se presenta con signos derivados de carcinomatosis peritoneal, como ascitis, disnea por derrame pleural, pérdida de peso, anorexia y fatiga. La ascitis puede aparecer en más del 44.1% del total de casos al diagnóstico y más del 70% de los casos en etapas III-IV, y su acumulación se relaciona con mayor carga tumoral y peor pronóstico en la sobrevida (52).

Evaluación diagnóstica

El cáncer de ovario es difícil de diagnosticar, ya que es una enfermedad silenciosa y no existe una forma eficaz de realizar pruebas de detección en la población. Por ello, el diagnóstico del cáncer de ovario requiere una combinación de examen clínico, presencia de marcadores tumorales, estudios de imagen específicos y confirmación mediante pruebas histológicas. El primer paso en el proceso de evaluación consiste en

la detección de síntomas persistentes y un examen físico. Durante este examen, es posible identificar tumores anexiales, ascitis o evidencia de carcinomatosis peritoneal. Sin embargo, la sensibilidad de la evaluación clínica es limitada, razón por la cual se requieren estudios complementarios (5,51).

Exámenes de laboratorio

Entre los marcadores tumorales, el CA-125 es el que se utiliza con mayor frecuencia. Un valor elevado se considera mayor o igual a 35 U/mL. Se encuentra elevado en aproximadamente hasta en el 92% de los cánceres epiteliales avanzados y solo en el 50% de los estadios tempranos, por lo que constituye un marcador útil, aunque no específico, dado que también se eleva en patologías benignas como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o miomatosis (53). Sin embargo, el CA-125 no es diagnóstico por sí solo, ninguna estrategia supera el rendimiento diagnóstico de la imagenología ni reemplaza la necesidad de confirmación histológica. Debido a que su sensibilidad y especificidad son limitadas, se utiliza principalmente para supervisar la respuesta al tratamiento y realizar un seguimiento posterior al tratamiento. Esto es especialmente cierto en mujeres premenopáusicas o en las primeras etapas de la enfermedad. Existe otro marcador más específico para detectar líneas serosa de alto grado, el marcador HE4 (Proteína Epididimal Humana 4); sin embargo, su uso es limitado clínicamente. Los marcadores tumorales CA19-9 y CEA pueden detectarse elevados en pacientes con subtipos ováricos mucinosos (5).

Imagenología

La ecografía transvaginal es el método inicial recomendado por diversas instituciones para la evaluación de masas anexiales, pues permite caracterizar sus componentes sólidos, quísticos, papilares y vasculares con alta precisión (5). El sistema estandarizado O-RADS ha demostrado mejorar la exactitud diagnóstica y la estratificación del riesgo de malignidad. Este sistema de notificación clasifica las masas anexiales en cinco grupos de riesgo (O-RADS 1: riesgo de malignidad 0%; O-RADS 2,

riesgo de malignidad <1%; O-RADS 3, riesgo de malignidad 1-9%; O-RADS-4, riesgo de malignidad 10-49%; O-RADS 5, riesgo de malignidad ≥50%). Cuenta con una sensibilidad (97%) y especificidad moderada (77%), siendo confiable para descartar malignidad y muy útil para guiar decisiones clínicas: seguimiento vs derivación a oncología (54).

Para el abordaje del cáncer de ovario avanzado, la imagenología es esencial para guiar las decisiones del equipo multidisciplinario. La tomografía computarizada (CT) se usa de forma rutinaria para la evaluación inicial, aunque tiende a subestimar metástasis peritoneales pequeñas y linfonodos malignos. Para esto, se puede lograr un mejor diagnóstico de las metástasis peritoneales y una predicción más precisa del potencial de resección total mediante el uso de imágenes por resonancia magnética (MRI), especialmente cuando se utilizan secuencias de difusión. La tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET-CT) destaca en identificar metástasis extraperitoneales y recurrencias, aunque tiene limitaciones en lesiones pequeñas. Cada modalidad aporta información complementaria, que en conjunto, estas herramientas permiten individualizar el tratamiento y optimizar los resultados a largo plazo (55).

Estadiaje

El estadiaje del cáncer de ovario se basa en el sistema de la FIGO 2014, utilizado de forma universal por guías como NCCN (National Comprehensive Cancer Network) y ESMO (European Society for Medical Oncology). Según este sistema, el estadio I se limita a los ovarios o trompas de Falopio; el estadio II implica extensión a la pelvis; el estadio III describe diseminación peritoneal fuera de la pelvis o compromiso ganglionar retroperitoneal; y el estadio IV involucra metástasis a distancia; se detallan asimismo subestadios como IC, IIIA1 y IVB según ruptura, tamaño de metástasis y localización, para orientar pronóstico y tratamiento (56).

Tabla 1 Sistema de estadificación FIGO 2014 para cáncer de ovario, trompas de Falopio y peritoneo

De: Guía clínica SEOM–GEICO sobre cáncer epitelial de ovario (2023)

Etapa I	Tumor confinado a ovarios o trompas de Falopio
IA	Tumor limitado a un ovario (cápsula intacta) o trompa de Falopio; no hay tumor en la superficie del ovario ni de la trompa de Falopio; No hay células malignas en los lavados de ascites o peritoneales
IB	Tumor limitado tanto a los ovarios (cápsulas intactas) como a las trompas de Falopio; no hay tumor en la superficie del ovario ni de la trompa de Falopio; No hay células malignas en los lavados de ascites o peritoneales
IC1	Tumor limitado a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio, con derrame quirúrgico
IC2	Tumor limitado a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio, con cápsula rotura antes de la cirugía o tumor en la superficie ovárica o de la trompa de Falopio
IC3	Tumor limitado a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio, con células malignas en las lavadas de ascitis o peritoneales
Etapa II	El tumor afecta uno o ambos ovarios o trompas de Falopio con cáncer de extensión pélvica o cáncer primario de peritoneo
IIA	Extensión y/o implantes en el útero y/o trompas de Falopio y/o ovarios
IIB	Extensión a otros tejidos pélvicos intraperitoneales
Etapa III	El tumor afecta uno o ambos ovarios o trompas de Falopio, o cáncer peritoneal primario, con diseminación citológica o histológicamente confirmada al peritoneo fuera de la pelvis y/o metástasis a los ganglios linfáticos retroperitoneales
IIIA1	Solo ganglios linfáticos retroperitoneales positivos (demostrados citológica o histológicamente)
IIIA1 (i)	Metástasis de hasta 10 mm
IIIA1 (ii)	Metástasis superior a 10 mm
IIIA2	Afectación microscópica extrapélvica (por encima del borde pélvico) peritoneal con o sin ganglios linfáticos retroperitoneales positivos
IIIB	Metástasis peritoneal macroscópica más allá de la pelvis hasta 2 cm en máxima dimensión, con o sin metástasis a los ganglios linfáticos retroperitoneales
IIIC	Metástasis peritoneal macroscópica más allá de la pelvis de más de 2 cm en máxima dimensión, con o sin metástasis a los ganglios linfáticos retroperitoneales (incluye extensión del tumor a la cápsula de hígado y bazo sin afectación parénquimada de ninguno de los órganos)
Etapa IV	Metástasis a distancia excluyendo las metástasis peritoneales
IVA	Derrame pleural con citología positiva
IVB	Metástasis parénquimales y metástasis a órganos extraabdominales (incluidos ganglios linfáticos inguinales y ganglios linfáticos fuera de la cavidad abdominal)

Patología

A pesar de los avances que se han logrado en el campo de las técnicas de imagen, la confirmación histopatológica es necesaria para establecer un diagnóstico concluyente de cáncer de ovario. La clasificación de la OMS 2020 es la referencia internacional utilizada actualmente en ginecología oncológica, patología y estudios moleculares. Los tumores epiteliales, los tumores de células germinales y los tumores del cordón sexual y del estroma son las tres categorías principales que se utilizan para clasificar los tumores malignos de ovario, según este sistema de categorización. Los tumores epiteliales malignos representan alrededor del 90 % de los casos de cáncer de ovario. Existen cinco subtipos principales de carcinoma ovárico epitelial: seroso de alto grado (70%-80%), seroso de bajo grado (5%-10%), endometrioide (10%-20%), de células claras (5%-10%) y mucinoso (3%-5%) con comportamiento clínico distinto, respuesta al tratamiento y resultado pronóstico; entre otros menos comunes (2-3%) incluyen

carcinoma indiferenciado, tumor maligno de Brenner, carcinoma tipo mesonefría, carcinoma escamoso, carcinomas mixtos o carcinosarcoma (5,57,58). Entre el 70% y el 80% de los cánceres epiteliales son cánceres de ovario serosos de alto grado.

Kurman y Shih, hace más de veinte años, propusieron el modelo dualista de carcinogénesis epitelial ovárica, lo que supuso un cambio significativo en el conocimiento del origen del cáncer epitelial de ovario en ese momento. Según este concepto, parece que el cáncer epitelial de ovario no es una entidad única, sino que se desarrolla a través de dos vías biológicas diferentes. Por un lado, una vía lenta y molecularmente estable (Tipo I) y otra vía rápida, genéticamente inestable y agresiva (Tipo II). Los carcinomas tipo I comprenden carcinomas endometrioides, de células claras, serosos de bajo grado y mucinosos. Los carcinomas seromucinosos y los tumores malignos de Brenner son raros. Los carcinomas tipo II están compuestos en gran medida por carcinoma seroso de alto grado, y en menor prevalencia el carcinosarcoma y carcinoma indiferenciado.

Además, se presentan en estadio avanzado en el 75% de los casos y causan el 90% de las muertes por cáncer de ovario. Más importante, en contraste con los tumores tipo I, los tumores tipo II genéticamente presentan una mayor inestabilidad cromosómica y mutaciones ubicuas de TP53, como su prototipo, el subtipo seroso de alto grado. Del mismo modo, un número considerable de cánceres de tipo II están relacionados con mutaciones germinales o somáticas en los genes BRCA1 y BRCA2, implicados en los mecanismos de reparación del ADN por recombinación homóloga (59). Esta alteración contribuye a la inestabilidad genómica característica de estos tumores y tiene importantes implicancias terapéuticas, particularmente en relación con la sensibilidad a quimioterapia basada en platinos y el uso de inhibidores de PARP.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de ovario se sustenta en un enfoque integral que combina cirugía y terapia sistémica, estrategias respaldadas por las guías internacionales en oncología ginecológica. La resección quirúrgica y la estadificación del tumor, seguidas

de quimioterapia adyuvante basada en platino, constituyen el tratamiento principal para el cáncer de ovario en estadio temprano (estadios I-II), según la Sociedad Americana contra el Cáncer (5). Las pacientes que se encuentran en los estadios tempranos de la enfermedad y desean mantener su fertilidad, se puede considerar cirugía conservadora (salpingooforectomía unilateral con preservación del útero y del ovario y la trompa de Falopio contralaterales), junto con criopreservación de ovocitos para futuros procedimientos reproductivos (5).

El tratamiento convencional para pacientes con enfermedad avanzada (estadio III-IV) consiste en una combinación de cirugía citorreductora primaria o cirugía de intervalo, quimioterapia sistémica (carboplatino y paclitaxel), y terapia de mantenimiento personalizada. La cirugía de citorreducción tumoral ideal es la base del tratamiento quirúrgico de primera línea para el cáncer de ovario avanzado, definida como la ausencia de enfermedad residual, en lo posible, o una enfermedad residual inferior a 1 cm (60). La resecabilidad del tumor y el nivel de riesgo quirúrgico del paciente son dos factores que deben tenerse en cuenta a la hora de decidir si se realiza una cirugía citorreductora primaria o una quimioterapia neoadyuvante seguida de una cirugía de intervalo. La cirugía citorreductora primaria está indicada en aquellos con enfermedad resecable y bajo riesgo de complicaciones perioperatorias. El objetivo es lograr una citorreducción óptima (enfermedad residual ≤1 cm). Por otro lado, a las personas que presentan un alto riesgo quirúrgico o una enfermedad inicialmente irresecable se les recomienda someterse a quimioterapia neoadyuvante, seguida de cirugía de intervalo, ya que permite reducir la morbilidad postoperatoria sin comprometer la supervivencia global (61). La resección completa de tumor macroscópico mejora la supervivencia, independientemente de si se realiza cirugía primaria o cirugía de intervalo tras quimioterapia neoadyuvante. Los ensayos EORTC 55971 y CHORUS demostraron que la quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía de intervalo es no inferior a la cirugía primaria seguida de quimioterapia, en pacientes con cáncer tubo-ovárico avanzado (62). Las pacientes con cáncer de ovario avanzado que hayan completado su primer tratamiento pueden ser candidatas a recibir terapia de mantenimiento con bevacizumab y/o inhibidores de PARP (olaparib o niraparib). La respuesta de la paciente a la quimioterapia, la histología, el estado BRCA/HRD de la paciente y cualquier

comorbilidad son factores que se tendrán en cuenta en esta elección. Se recomienda el uso de inhibidores de PARP como tratamiento de mantenimiento para las pacientes con cáncer de ovario seroso o endometrioide de alto grado y que hayan respondido a la quimioterapia basada en platino. Esto es especialmente cierto en pacientes con tumores variantes o aquellos que son BRCA/HRD positivos (5).

La cirugía secundaria puede considerarse si es posible resecar toda la enfermedad macroscópica en recurrencias sensibles a platino (intervalo libre de platino ≥6 meses), mejorando la supervivencia global. El tratamiento convencional para la recurrencia resistente al platino, que se define como un período sin platino inferior a seis meses, es la quimioterapia que no incluye platino, en combinación con bevacizumab (5).

2.1.3. Términos básicos

Cáncer de ovario epitelial: El término “cáncer” se utiliza para designar, en conjunto, a los tumores malignos. Originalmente la palabra “tumor” se aplicaba a la tumefacción causada por inflamación, pero esta acepción no neoplásica y desfasada de tumor hoy en la práctica es sinónimo de neoplasia. Según Robbins define “neoplasia” como una “alteración del crecimiento celular” provocada por una cadena de mutaciones adquiridas que afectan a una sola célula y su descendencia clonal. El término “carcinoma” son neoplasias malignas originadas en células epiteliales, que pueden derivarse de cualquiera de las tres capas germinales: ectodermo, mesodermo o endodermo. Se subclasifican en carcinoma epidermoide (de células escamosas), si las células tumorales tienen un patrón similar al del epitelio escamoso estratificado, o “adenocarcinoma”, si las células epiteliales neoplásicas tienen un patrón glandular (63).

Por tanto, el cáncer de ovario es una neoplasia maligna ginecológica de origen heterogéneo. Aproximadamente el 90% tienen estirpe epitelial o carcinoma. Dentro de este grupo, entre sus principales subtipos histológicos se incluyen el seroso, endometrioide, mucinoso y de células claras, además de otros menos comunes (5).

Debut: Se considera debut al diagnóstico confirmado de cáncer de ovario en una paciente sin antecedente previo de la enfermedad, que no corresponde a recurrencia ni a progresión (7).

Estadio FIGO: Se refiere al sistema de estadificación (2014) clínica, quirúrgica y patológica establecida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que describe la extensión anatómica de una neoplasia ginecológica en el momento del diagnóstico para cáncer de ovario, trompas de Falopio y peritoneo (56).

CA-125 (Cancer Antigen 125): Forma parte de los llamados marcadores tumorales. Estas son biomoléculas detectables en sangre, suero u otros fluidos biológicos que reflejan la presencia, la actividad o la carga tumoral. Su importancia radica en la evaluación de pacientes que presentan síntomas, el seguimiento de la respuesta al tratamiento y el diagnóstico de recurrencias (53).

Cirugía primaria: Procedimiento quirúrgico realizado antes del inicio de la quimioterapia sistémica, cuyo objetivo es lograr una resección completa de la enfermedad macroscópica (R0) en el momento del diagnóstico (64).

Cirugía de intervalo: Procedimiento quirúrgico efectuado después de quimioterapia neoadyuvante, habitualmente tras 3 ciclos. Tiene por objetivo lograr una resección completa (R0) en pacientes que anteriormente no eran candidatos para una cirugía primaria óptima debido a la extensión del tumor (64). Asimismo, se considerará esquema corto a la administración de ≥3 y <6 ciclos de quimioterapia neoadyuvante, y esquema largo a la administración de ≥ 6 ciclos (65).

Cirugía secundaria: Procedimiento quirúrgico realizado generalmente en el contexto de recurrencia de la enfermedad (64).

Enfermedad residual: En el contexto del cáncer de ovario epitelial, se refiere a la cantidad de tumor que sigue siendo visible o identificable macroscópicamente después

de la cirugía citorreductora inicial. Esta cantidad se define por el diámetro máximo de los implantes tumorales visibles. Se clasifica en: completa (ausencia de enfermedad macroscópica), óptima (≤ 1 cm) y subóptima (> 1 cm) (60).

Recurrencia: Reaparición de la enfermedad después de haber alcanzado una respuesta completa clínica, bioquímica o radiológica tras el tratamiento inicial (cirugía y quimioterapia), evidenciada por progresión clínica, imagenológica o aumento de marcadores tumorales, etc (64). Los términos “recurrencia”, “recaída” y “recidiva” son intercambiables según los descriptores Mesh.

Intervalo libre de platino: El intervalo de tiempo que transcurre entre la última administración de quimioterapia basada en platino y el registro de una recurrencia de la enfermedad. Se utiliza para clasificar la recurrencia y orientar el tratamiento (64).

2.2. Formulación de la hipótesis

Dado que el presente estudio es de diseño estrictamente descriptivo, no corresponde la formulación de hipótesis generales ni específicas. En consecuencia, los resultados no se efectuarán procedimientos estadísticos de prueba de hipótesis, limitándose el análisis a la presentación de estadísticas de carácter descriptivo con el fin de caracterizar a la población investigada (66).

2.3. Diseño metodológico

2.3.1. Tipo de investigación

Se llevó a cabo una investigación descriptiva, transversal y observacional retrospectiva.

2.3.2. Población

La población del estudio estuvo conformada por todas las pacientes que fueron operadas y con diagnóstico histopatológico de cáncer de ovario epitelial primario al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú durante el periodo enero de 2022 y diciembre 2024.

2.3.3. Muestra

Debido al limitado número de casos, se realizó muestreo censal, incluyéndose la totalidad de la población accesible. Por tanto, la muestra estuvo compuesta por todas las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Fueron cincuenta (50) pacientes cuyos expedientes médicos estaban completos y eran accesibles para la recopilación de datos epidemiológicos, clínicos y patológicos en el momento del diagnóstico.

2.3.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de edad
- Pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial mediante examen histológico y registradas en la base de datos del Departamento de Patología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de enero de 2022 y diciembre de 2024.
- Pacientes que cuenten con reporte operatorio realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, documentando el procedimiento quirúrgico realizado.
- Pacientes al debut de la enfermedad, sin recurrencia previa.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no tienen suficiente información para ser incluidas en la investigación
- Pacientes cuyas láminas histológicas hayan sido procesadas únicamente en laboratorios particulares y no en el hospital.
- Pacientes cuya cirugía haya sido realizada únicamente en instituciones particulares y no en el hospital.

2.3.5. Variables

Variables epidemiológicas

- Sociodemografía

    - Edad
    - Nivel de instrucción
- Factores de riesgo
    - Antecedente familiar de cáncer
    - Menarquia
    - Menopausia
    - Paridad
- Comorbilidades
    - Diabetes mellitus
    - Hipertensión arterial
    - Obesidad

Variables clínicas

- Síntomas clínicos
    - Dolor o distensión abdominal
    - Trastornos menstruales / HUA
    - Trastornos urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical)
    - Trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, tenesmo rectal)
- Signos clínicos
    - Ascitis
    - Masa anexial
- Clínicos y laboratoriales
    - Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra
    - Estadio FIGO
    - CA-125
    - Hemoglobina
- Imagenológicas
    - Ecografía transvaginal
    - Tomografía / Resonancia
    - Tamaño tumoral
    - Compromiso peritoneal

        - Compromiso ganglionar
        - Presencia de metástasis
- Terapéuticas
    - Tratamiento quirúrgico
    - Enfermedad residual
    - Tratamiento farmacológico

Variables patológicas

- Especimen
- Tipo histológico
- Compromiso de estructura pélvica
- Compromiso de estructuras extrapelvicas
- Tamaño tumoral
- Compromiso peritoneal
- Compromiso ganglionar
- Presencia de metástasis

2.3.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Variables epidemiológicas						
Sociodemografía						
Edad	En el momento del diagnóstico, la edad del paciente se determinó calculando el número de años transcurridos entre la fecha del diagnóstico definitivo y la fecha de nacimiento.	Cualitativa politómica	Orinal	Calculado restando las fechas entre sí, el número de años	18-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años ≥ 60 años	Información de historia clínica
Nivel de instrucción	Grado máximo de educación formal alcanzado por la paciente, verificado en la historia clínica o declarado por la misma.	Cualitativa politómica	Ordinal	Nivel educativo registrado	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico superior Universitaria superior No especifica	Información de historia clínica
Factores de riesgo						
Antecedente familiar de cáncer	Antecedentes de familiares de primer grado positivos de cáncer de ovario, mama o colon que haya sido registrado.	Categórica dicotómica	Nominal	Antecedente familiar de cáncer	Sí No	Información de historia clínica
Menarquia	Edad en años en la que la paciente presentó su primera menstruación. Se considerará menarquia temprana (<12 años), normal (12-14 años) y tardía (≥15 años)	Cualitativa politómica	Ordinal	Edad de menarquia	Temprana Normal Tardía No recuerda	Información de historia clínica
Menopausia	Edad en años en la que cesó permanentemente la menstruación por más de 12 meses consecutivos. Se considerará menopausia temprana (≤ 45 años), normal (46-55 años) y tardía (> 55 años).	Numérica continua	Ordinal	Edad de menopausia	Temprana Normal Tardía No recuerda / No aplica	Información de historia clínica
Paridad	Condición obstétrica de la paciente según la presencia o ausencia de gestaciones previas registradas en la historia clínica.	Categórica dicotómica	Nominal	Antecedente de gestaciones previas	Nulípara No nulípara	Información de historia clínica
Comorbilidades:						
Diabetes mellitus	Se le diagnosticó Diabetes Mellitus previamente.	Categórica dicotómica	Nominal	Diagnóstico de Diabetes Mellitus registrado	Sí No	Información de historia clínica
Hipertensión arterial	Se le diagnosticó Hipertensión Arterial previamente.	Categórica dicotómica	Nominal	Diagnóstico de Hipertensión arterial registrado	Sí No	Información de historia clínica
Obesidad	Se le diagnosticó Obesidad previamente.	Categórica dicotómica	Nominal	Diagnóstico de Obesidad registrado	Sí No	Información de historia clínica
Variables clínicas						
Síntomas clínicos						

Dolor o distensión abdominal	Presencia referida por la paciente de dolor pélvico/abdominal o sensación de distensión abdominal	Cualitativa dicotómica	Nominal	Síntoma abdominal	Sí No	Información de historia clínica
Trastornos menstruales / HUA	Presenta cualquier alteración en el patrón menstrual, incluyendo sangrado intermenstrual, posmenopáusico, menorragia o irregularidades del ciclo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Alteraciones del sangrado	Sí No	Información de historia clínica
Trastornos urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical)	Presenta síntomas urinarios bajos como disuria, incremento en la frecuencia miccional o sensación de vaciamiento incompleto,	Cualitativa dicotómica	Nominal	Síntomas urinarios bajos	Sí No	Información de historia clínica
Trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, tenesmo rectal)	Presenta alteraciones del tránsito intestinal incluyendo diarrea, estreñimiento o tenesmo rectal, reportados por la paciente.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Síntomas intestinales	Sí No	Información de historia clínica
Signos clínicos						
Ascitis	Acumulación de líquido libre intraperitoneal identificada por examen físico (matidez desplazable) o por ecografía.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ascitis presente	Sí No	Información de historia clínica
Masa anexial	Presenta una masa en ovario o anexos identificada en el examen físico bimanual o mediante ecografía transvaginal/abdominal.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masa anexial presente	Sí No	Información de historia clínica
Clínicos y laboratoriales						
Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra	Tipo de procedimiento clínico o quirúrgico mediante el cual se obtuvo la muestra tisular o citológica previa al estudio histopatológico definitivo en parafina, utilizada para determinar si existe cáncer de ovario en un entorno clínico. En algunos casos quirúrgicos, la muestra pudo ser evaluada mediante estudio por congelación intraoperatoria.	Cualitativa politómica	Nominal	Método diagnóstico realizado	Biopsia percutánea Citología por líquido ascítico Laparoscopia/L aparotomía con biopsia Anexectomía laparoscópica Anexectomía por laparotomía	Información de historia clínica
Estadio FIGO	En el momento del diagnóstico, la información sobre la clasificación del cáncer de ovario según el sistema FIGO se documentó en el informe patológico o en el informe oncológico.	Cualitativa politómica	Ordinal	Estadio clínico	Estadio IA Estadio IB Estadio IC Estadio IIA Estadio IIB Estadio IIIA Estadio IIIB Estadio IIIC Estadio IVA Estadio IVB	Información de historia clínica
CA-125	Concentración sérica del antígeno CA-125 reportada en el estudio de laboratorio cuando se diagnosticó. Se considerará elevado (>35 U/mL)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Numérico de CA-125 reportado	Elevado No elevado	Información de historia clínica
Hemoglobina	El valor de hemoglobina registrado en el momento del ingreso o en la fecha más cercana a este, y según las normas de la OMS basadas en el sexo. Se considerará anemia menos de 12 g/dL en mujeres no embarazadas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Numérico de hemoglobina reportado	No anémica Anémica	Información de historia clínica
Imagenológicos:						

La propagación de la enfermedad fue evaluada tanto por métodos imagenológicos como por hallazgos histopatológicos.						
Ecografía transvaginal	Resultado registrado del estudio ecográfico transvaginal que describe la presencia o ausencia de masas anexiales, quistes, características morfológicas o hallazgos sospechosos de malignidad.	Cualitativa politómica	Nominal	Hallazgos ecográficos	O-RADS 1 O-RADS 2 O-RADS 3 O-RADS 4 O-RADS 5	Informe de ecografía transvaginal registrado en historia clínica
Tomografía / Resonancia	Resultado registrado del estudio de imagen (tomografía computarizada o resonancia magnética) que consigna el hallazgo radiológico predominante relacionado con la lesión ovárica y/o la extensión de la enfermedad, según lo informado en la historia clínica.	Cualitativa politómica	Nominal	Hallazgos por imagen	Masa ovárica derecha Izquierda Bilateral Compromiso peritoneal Compromiso hepático Derrame pleural No evidencia de compromiso tumoral	Informe de TAC o RM registrado en historia clínica
Tamaño tumoral	Tamaño en milímetros al momento del diagnóstico por imágenes y/o clínica	Cuantitativa continua	De razón	Valor en milímetros	Valor en milímetros	Información de historia clínica
Compromiso peritoneal	Presencia o ausencia de afectación del peritoneo por enfermedad tumoral (implantes, engrosamientos o líquido libre sugestivo de malignidad)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Peritoneo comprometido	Sí No	Información de historia clínica
Compromiso ganglionar	Presencia o ausencia de adenomegalias en alguna región del cuerpo detectado por imágenes y/o sensible a la palpación	Cualitativa dicotómica	Nominal	Adenopatías presentes	Sí No	Información de historia clínica
Presencia de metástasis	Presencia o ausencia de enfermedad metastásica de origen ovarico al momento del diagnóstico sin contar peritoneo o ganglios (pulmón, pleura, hígado, bazo, etc) detectado por imágenes.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Diagnóstico de de enfermedad metastásica reportada	Sí No	Información de historia clínica
Terapéuticos						
Tratamiento quirúrgico	Tipo de cirugía realizada como manejo del cáncer de ovario al momento del diagnóstico. Se considerará “No aplica / No consignado” cuando no se accedió por motivos como condición del paciente; tuvo un abordaje quirúrgico solo diagnóstico; o no se consignó en la historia clínica.	Cualitativa politómica	Nominal	Tipo de tratamiento según régimen terapéutico registrado	Cirugía primaria Cirugía de intervalo de esquema corto Cirugía de intervalo de esquema largo No aplica / No consignado	Información de historia clínica
Enfermedad residual	Se refiere a la cantidad de tumor macroscópico remanente al finalizar el procedimiento quirúrgico, evaluada según la presencia y tamaño del residuo tumoral. Se clasifica como: Completa (R0) cuando no se evidencia enfermedad macroscópica visible o palpable; Óptima si la enfermedad residual es ≤ 1 cm y Subóptima si la enfermedad residual es > 1 cm. Se considerará “No aplica / No consignado” como consecuencia del ítem anterior “Tratamiento quirurgico”; cuando se tuvo alguna	Cualitativa politómica	Nominal	Residuo tumoral postoperatorio	Completa (R0) Optima Subóptima No aplica / No consignado	Información de historia clínica

	cirugía no oncológica y no correspondió categorizar.					
Tratamiento farmacológico	Tipo de tratamiento sistémico administrado a la paciente tras el diagnóstico. Se define “Otros” como cualquier terapia sistémica distinta a quimioterapia o paliativa, incluyendo inmunoterapia, hormonoterapia o terapias dirigidas, etc.) . Se considerará “No aplica / No consignado” cuando no se accedió por motivos como condición del paciente; no se consideró necesario tras cirugía; o fallecimiento del mismo.	Cualitativa politómica	Nominal	Tratamiento administrado	Quimioterapia neoadyuvante Quimioterapia adyuvante Paliativo Otros No aplica / No consignado	Información de historia clínica
Variables patológicas						
La extensión de la enfermedad fue evaluada tanto por métodos clínico-imagenológicos como por hallazgos histopatológicos.						
Especimen	Tipo de muestra definitiva recibida en el servicio de Anatomía Patológica para el estudio histopatológico en parafina, obtenida a partir de procedimientos quirúrgicos o percutáneos, o correspondiente a revisión de láminas previamente procesadas	Cualitativa politómica	Nominal	Tipo de espécimen recolectado	Biopsia (laparotomia / laparoscopia) Anexectomia (laparotomia / laparoscopia) Biopsia percutánea Revisión de laminas	Informe histopatológico
Tipo histológico	Clasificación del tumor ovárico epitelial según las características histológicas observadas en el estudio histopatológico del espécimen, en concordancia con la actual clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La opción “Otros” incluye carcinosarcoma, carcinoma mixto epitelial (ej. seroso + endometrioide), Carcinoma transicional (tipo Brenner maligno), Carcinoma adenoescamoso, Carcinoma epitelial no clasificable (NOS)	Cualitativa politómica	Nominal	Tipo histológico del carcinoma ovárico epitelial.	Carcinoma seroso alto grado Carcinoma seroso bajo grado Carcinoma mucinoso Carcinoma endometrioide Carcinoma de células claras Carcinoma escamoso Carcinoma indiferenciado Otros (especificar)	Informe histopatológico
Tamaño tumoral (patológico)	Dimensión máxima del tumor determinada en el espécimen quirúrgico o biopsia, medida en milímetros por el patólogo durante el análisis histopatológico.	Cualitativa	Continua	Tamaño registrado en histopatología	Número en milímetros	Informe histopatológico
Compromiso de estructura pélvica	Estructura anatómica pélvica con compromiso tumoral predominante, según el informe histopatológico del espécimen quirúrgico. La categoría “Otros” comprende exclusivamente estructuras pélvicas distintas de ovario, trompa o útero (peritoneo pélvico, ligamento ancho, parametrio, fondo de saco de Douglas, etc.	Cualitativa politómica	Nominal	Afectación histológica de órganos pélvicos	Ovarica Tubarica Utero Otros	Informe histopatológico
Compromiso de estructuras extrapelvicas	Presencia o ausencia de infiltración tumoral en órganos o tejidos fuera de la pelvis, sin considerar compromiso peritoneal ni ganglionar, y sin clasificarlo como	Cualitativa dicotómica	Nominal	Afectación histológica de estructuras extrapelvicas	Sí Nó	Informe histopatológico

	enfermedad metastásica; tales como, intestino delgado, colon, diafragma, estómago, páncreas, vesícula biliar, retroperitoneo, pared abdominal, apéndice cecal, etc.					
Compromiso peritoneal (patológico)	Presencia o ausencia de infiltración tumoral del peritoneo determinada por estudio histopatológico de biopsias o muestras quirúrgicas	Cualitativa dicotómica	Nominal	Peritoneo comprometido según análisis histopatológico	Sí No	Informe histopatológico
Compromiso ganglionar (patológico)	Presencia o ausencia de metástasis tumorales en ganglios linfáticos analizados histológicamente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Adenopatías infiltradas por tumor	Sí No	Informe histopatológico
Presencia de metástasis (patológico)	Confirmación de enfermedad metastásica de origen ovárico en órganos o tejidos distintos al ovario mediante análisis histopatológico en lugares tales como hígado, pulmón, bazo, pleura, hueso, etc.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Metástasis confirmada por histopatología	Sí No	Informe histopatológico

2.3.7. Técnicas e instrumentos

Para el objetivo del proyecto de estudio, en el que participaron pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial, se elaboró un formulario de recopilación de datos, que posteriormente fue evaluado por un grupo de especialistas conformado por 4 médicos gineco-oncólogos y 1 médico patólogo con amplia experiencia en patología ovárica (véase el Anexo 02). Con el fin de evaluar los aspectos epidemiológicos, clínicos y patológicos del cáncer de ovario, todos los expertos consideraron que el formulario era adecuado y pertinente. El coeficiente de validez medio fue de 0,964, lo que indica que el uso del producto está APROBADO (véase el Anexo 03).

También, se llevó a cabo una investigación piloto que incluyó la revisión de los historiales médicos de 30 pacientes a las que se les había diagnosticado cáncer de ovario epitelial. Posteriormente, se comprobó la fiabilidad del instrumento en dos grupos, utilizando el coeficiente de Kuder Richardson “KR-20” para las preguntas dicotómicas y el coeficiente alfa de Cronbach para las preguntas politómicas (véase el Anexo 04). Se obtuvo un valor de 0,61 para el coeficiente KR-20 y un valor de 0,685 para el coeficiente alfa de Cronbach. Se considera que ambos valores indican una fiabilidad MODERADA-ALTA para su aplicabilidad en el estudio (67),(68).

2.3.8. Plan de recolección de datos

La investigación se llevó a cabo durante el 2025. Con los respectivos permisos, se accedió a la base de datos del Departamento de Ginecología y del Departamento de Patología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen con el fin de recopilar la información necesaria para el estudio.

2.3.9. Análisis estadístico

A efectos del análisis descriptivo, la base de datos recopilada mediante el instrumento de recopilación, inicialmente se introdujo en Microsoft Excel y, a continuación, se exportó a la herramienta estadística conocida como STATA. Se utilizó la media o la mediana para los datos cuantitativos, dependiendo de la distribución de los datos: y para el análisis de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentuales. Los anexos 05 y 06, respectivamente, incluyen la información proporcionada sobre la estructura de la base de datos, así como la codificación de los datos.

2.3.10. Consideraciones éticas

El protocolo se presentó al comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para su evaluación. A continuación, de la misma manera, se solicitó la evaluación del proyecto al Comité de Ética del HNGAI para revisión ética y metodológica para su aprobación y ejecución. Dado que se trataba de un estudio retrospectivo basado en datos médicos, no era necesario obtener el consentimiento informado para la investigación que se estaba llevando a cabo. La información recopilada de los registros médicos se protegió contra su divulgación y se mantuvo en secreto como resultado de este hecho. Por último, los resultados de esta investigación se resumieron en un informe final de tesis, que se enviará finalmente a la comunidad científica para su posterior consideración.

CAPÍTULO III

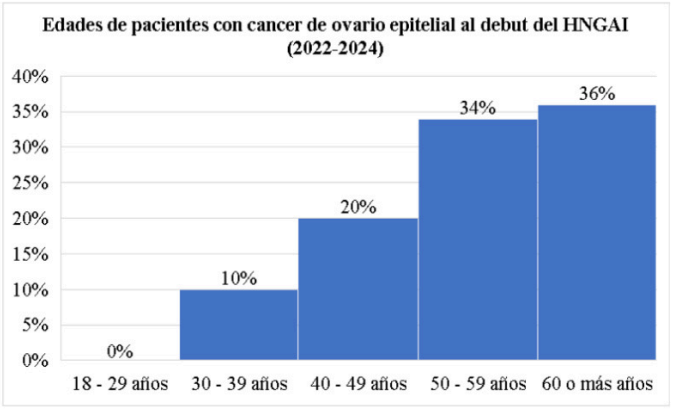
3.1 Resultados

Se evaluaron 50 historias clínicas de pacientes que se habían sometido a cirugía y tenían un diagnóstico histológico de cáncer epitelial de ovario primario en el momento de la aparición, como parte del proyecto de investigación que se llevó a cabo entre enero de 2022 y diciembre de 2024 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) de Lima, Perú. El objetivo de esta investigación era definir los aspectos epidemiológicos, clínicos y patológicos del cáncer epitelial de ovario. El estudio se realizó con el fin de cumplir este objetivo. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

3.1.1. Características epidemiológicas

En la tabla 1 y figura 1 se muestran las variables sociodemográficas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2022-2024.

El grupo predominante fue pacientes de 60 a más años (36%), seguido del grupo de pacientes de 50 a 59 años (34%). Es decir, el 70% del total eran pacientes mayores de 50 años. El rango de edad al diagnóstico de cáncer de ovario fue de 30 a 88 años, con una media de 54.68 ± 15.58 años y mediana 54.50 respectivamente.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. **Edades de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Sobre el nivel de instrucción, el grupo predominante contaba con estudios secundarios (44%). Los otro dos grupos de pacientes el 34% había logrado alcanzar con estudios superiores universitarios y el 12% contaba con estudios técnicos. No se registraron pacientes analfabetos.

Tabla 1. **Variables sociodemográficas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Variables sociodemográficas			
		N	**%**
Edad	18 - 29 años	0	0%
	30 - 39 años	5	10%
	40 - 49 años	10	20%
	50 - 59 años	17	34%
	60 o más años	18	36%
	Total	50	100%
Nivel de instrucción	Analfabeta	0	0%
	Primaria	1	2%
	Secundaria	22	44%
	Técnico superior	6	12%
	Universitaria	17	34%
	No especifica	4	8%
	Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se muestran los factores de riesgos y comorbilidades de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2022-2024.

Respecto al **antecedente familiar de cáncer**, el 12 % de pacientes refirió antecedentes positivos de tener un familiar de primer grado con cáncer de ovario, mama o colon, mientras que el 88% no presentó este antecedente. En relación con la **menarquia**, el 50% de pacientes presentó una menarquia en edades consideradas normales (12-14 años), seguido de menarquia temprana en el 30%. La media de edad de menarquia fue 12.12 ± 1.57 años (9 -16 años). En cuanto a la **menopausia**, la mayoría de pacientes presentó menopausia en edades normales (46-55 años), correspondiente al 76%. Solo el 2% presentó menopausia tardía. Respecto a la **paridad**, el 28% correspondió a pacientes nulíparas, mientras que el resto el 72% fue no nulípara. En relación con las comorbilidades, solo el 18% de pacientes presentó **diabetes mellitus**. Del mismo modo, la **hipertensión arterial** solo estuvo presente en el 10% de pacientes. Distinto de la comorbilidad **obesidad**, donde el 36% de pacientes presentó esta condición. La obesidad fue la comorbilidad más común entre la muestra comparado con las otras dos comorbilidades estudiadas.

Tabla 2. **Factores de riesgos y comorbilidades de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

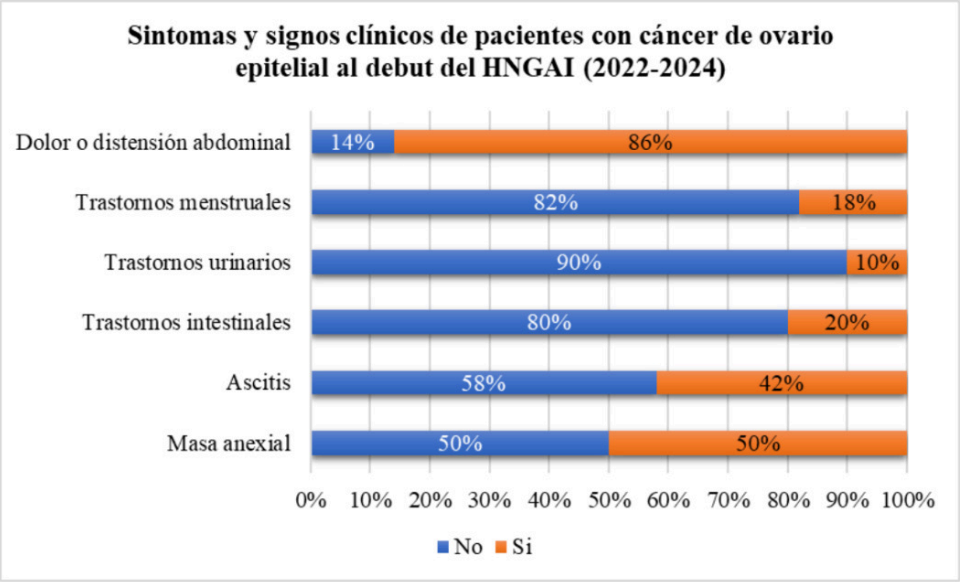
Características epidemiológicas			
Factores de riesgo		**N**	**%**
Antecedente familiar de cáncer	No	44	88%
	Si	6	12%
	Total	50	100%
Menarquia	Temprana (<12 años)	15	30%
	Normal (12 -14 años)	25	50%
	Tardía (≥15 años)	3	6%
	No recuerda	7	14%
	Total	50	100%
Menopausia	Temprana (≤45 años)	5	10%
	Normal (46-55 años)	38	76%
	Tardía (>55 años)	1	2%
	No recuerda / No aplica	6	12%
	Total	50	100%
Paridad	Nulípara	14	28%
	No Nulípara	36	72%
	Total	50	100%
Comorbilidades		**N**	**%**
Diabetes mellitus	No	41	82%
	Si	9	18%
	Total	50	100%
Hipertensión arterial	No	45	90%
	Sí	5	10%
	Total	50	100%
Obesidad	No	32	64%
	Sí	18	36%
	Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2. Características clínicas

En la figura 2 se describen los síntomas y signos clínicos de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022-2024.

Respecto a los síntomas clínicos, el **dolor o distensión abdominal** estuvo presente en el 86% de pacientes. Fue el síntoma más frecuente por amplia diferencia en el estudio. Los **trastornos menstruales** se reportaron en el 18% de los casos. En cuanto a los **trastornos urinarios**, el 10% de pacientes refirió este síntoma. Los **trastornos intestinales** estuvieron presentes en el 20% de pacientes. En relación con los signos clínicos, la **ascitis** estuvo presente en el 42% de pacientes. Asimismo, la **masa anexial** se evidenció en el 50% de pacientes.

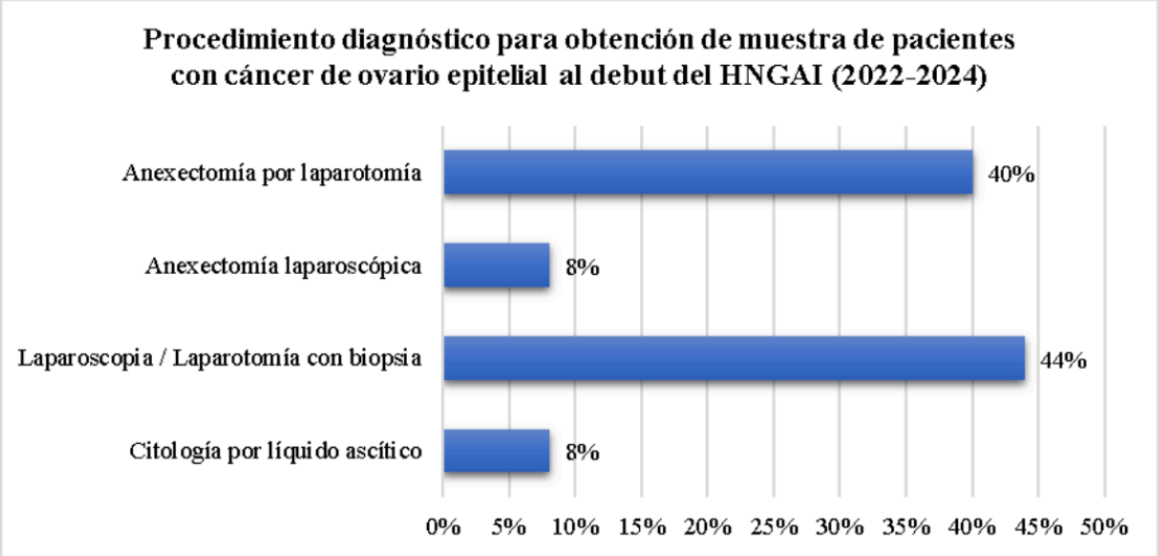


Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. **Síntomas y signos clínicos de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

En la figura 3 y figura 4 se describen las variables clínicas y laboratoriales de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022-2024.

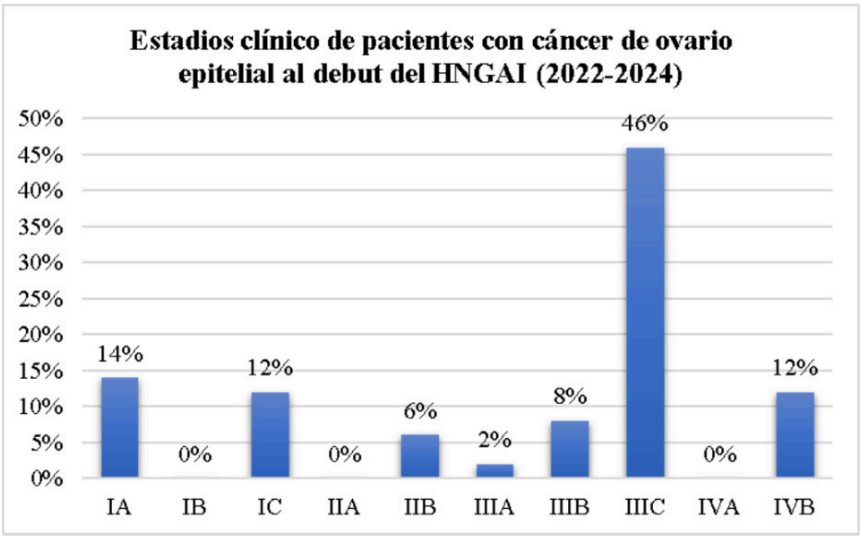
Respecto al **procedimiento diagnóstico para la obtención de muestra** (figura 3), el método más frecuente fue la laparoscopia o laparotomía con biopsia, utilizada en el 44% de los casos seguido de la anexectomía por laparotomía se realizó en el 40% de pacientes.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. **Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

En relación con el **estadio de la enfermedad según la clasificación FIGO** (figura 4), el estadio más frecuente fue el estadio III, observado en el 56% de pacientes, predominando el subestadio IIIC con el 46%. El estadio I se presentó en el 26% de los casos, principalmente en los subestadios IA (14%) e IC (12%). El estadio IV estuvo presente en el 12% de los casos, todos correspondientes al subestadio IVB.



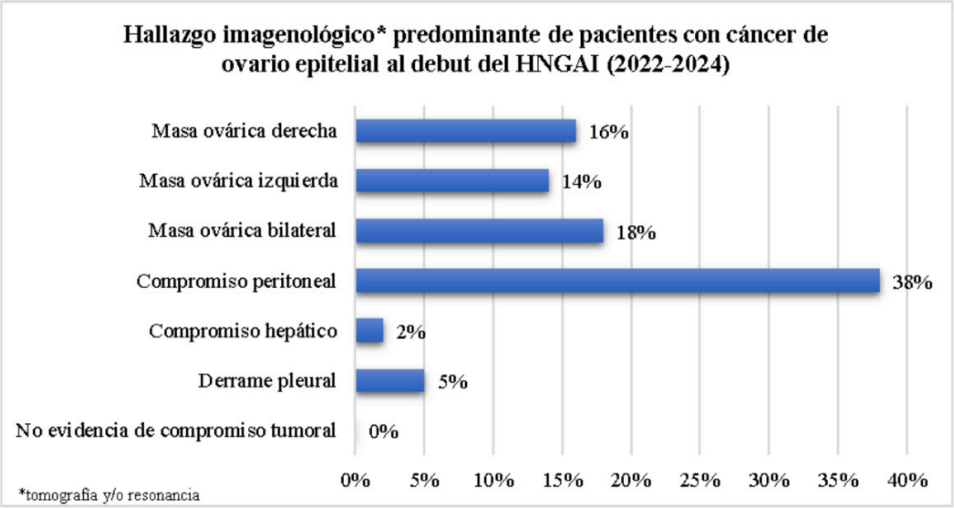
Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. **Estadios clínicos de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

En cuanto a las características laboratoriales, el **marcador tumoral CA-125** se encontró elevado en el 84% de pacientes. Respecto a los niveles de **hemoglobina**, el 36% presentó anemia al momento del diagnóstico.

En la figura 5 y tabla 3 se describen las variables imagenológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022-2024.

Respecto a la ecografía transvaginal según la **clasificación O-RADS**, la categoría más frecuente fue O-RADS 5, observada en el 66,0% de pacientes, seguida de O-RADS 4 en el 24,0%. En relación con el hallazgo de la lesión predominante visto en **tomografía y/o resonancia magnética** se observan en la figura 5, donde se encontró que el compromiso peritoneal fue el más frecuente, observado en el 38,0% de pacientes.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. **Hallazgo imagenológico predominante de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Sobre las características imagenológicas que se resumen en la tabla 3, respecto al **tamaño tumoral**, el 36% de pacientes presentó tumores muy grandes (>150 mm), seguido de tumores de tamaño mediano (51-100 mm) en el 28% de pacientes. En cuanto al **compromiso** de la enfermedad de cada región se resumen en la tabla 3**.**

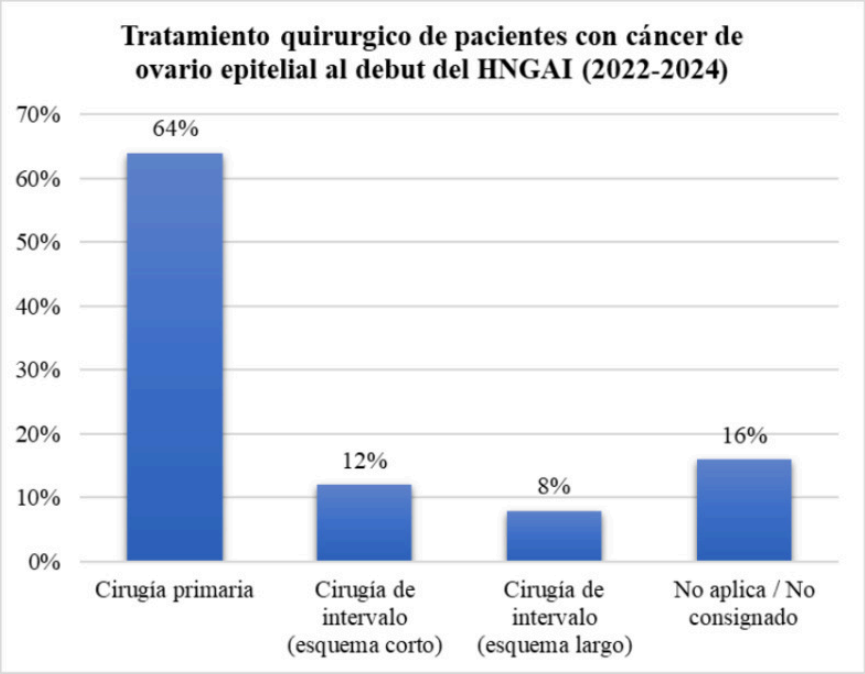
Tabla 3. **Variables imagenológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Características clínicas			
Imagenológicas		**N**	**%**
Tamaño tumoral	Muy pequeño (≤ 50 mm)	4	8%
	Mediano (51-100 mm)	14	28%
	Grande (101-150 mm)	10	20%
	Muy grande (> 150 mm)	18	36%
	Desconocido / no reportado	4	8%
	Total	50	100%
Compromiso peritoneal	No	19	38%
	Si	31	62%
	Total	50	100%
Compromiso ganglionar	No	37	74%
	Si	13	26%
	Total	50	100%
Presencia de metástasis	No	44	88%
	Sí	6	12%
	Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 6, figura 7, figura 8 y figura 9 se describen las variables terapéuticas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022-2024.

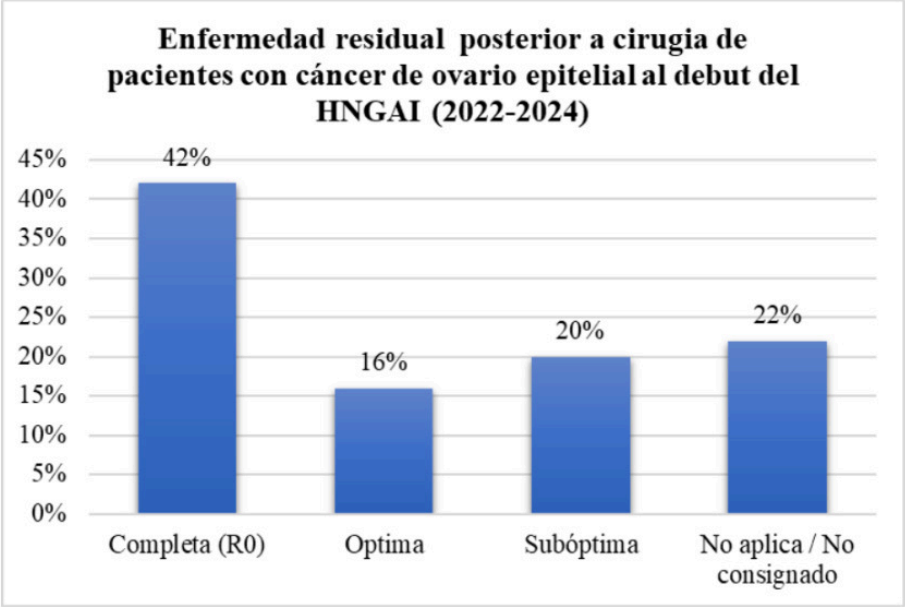
Respecto al **tratamiento quirúrgico** (figura 6), la modalidad más frecuente fue la cirugía primaria, realizada en el 64% de pacientes.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. **Tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

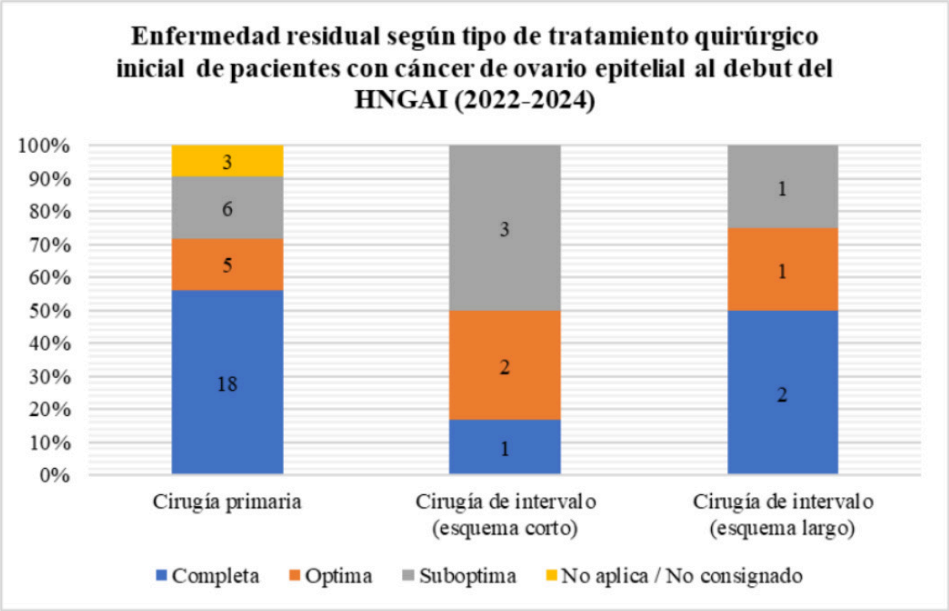
En relación con la **enfermedad residual** posterior a la cirugía, el 42% de pacientes presentó resección completa. La enfermedad residual óptima se observó en el 16% de los casos, mientras que la enfermedad residual subóptima se presentó en el 20%. En el 22% de pacientes esta información no fue aplicable o no se consignó (figura 7).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. **Enfermedad residual posterior a cirugía de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

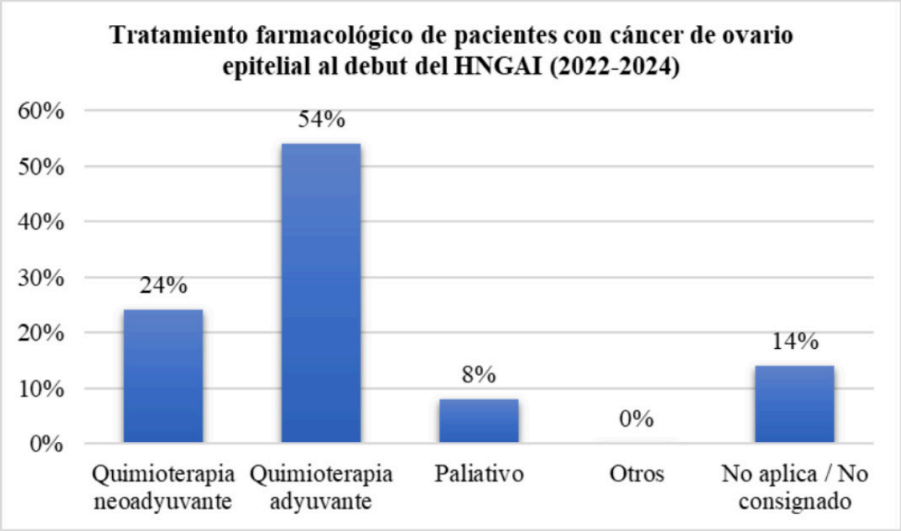
La figura 8 resalta la enfermedad residual según tipo de tratamiento quirúrgico en pacientes sometidas a cirugía primaria, la resección completa (R0) fue la más frecuente, observándose en el 56% de los casos, seguida de enfermedad residual subóptima en el 18% y óptima en el 15%.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. **Enfermedad residual según tipo de tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Respecto al **tratamiento farmacológico** (figura 9), la quimioterapia adyuvante fue la más utilizada, administrada en el 54% de pacientes, seguida de la quimioterapia neoadyuvante en el 24%.



Fuente: Elaboración propia.

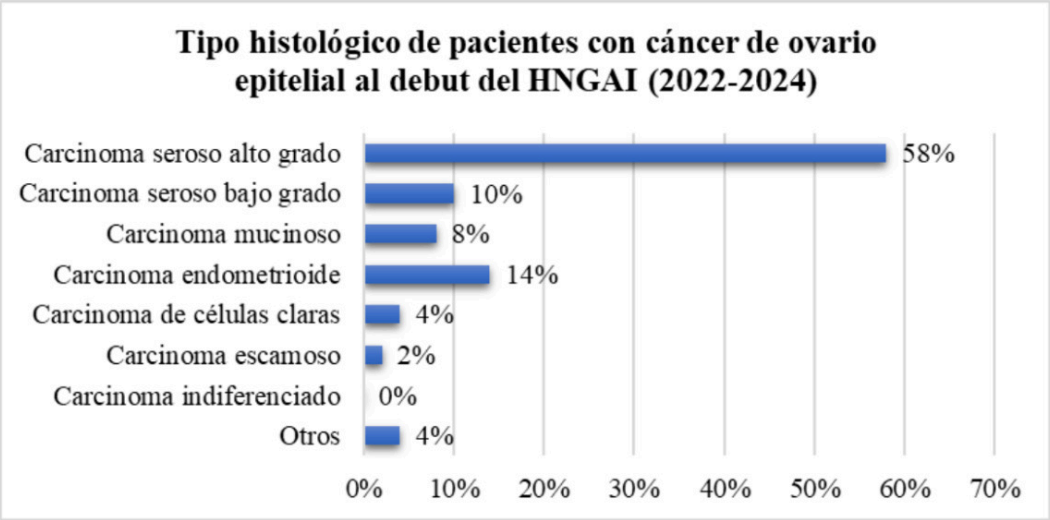
Figura 9. **Tratamiento farmacológico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

3.1.3. Características patológicas

En la figura 10 y tabla 4 se describen las características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022-2024.

Respecto al **tipo de espécimen** utilizado para el diagnóstico histopatológico, el más frecuente fue la anexectomía realizada por laparotomía o laparoscopia, empleada en el 62% de los casos. La biopsia obtenida mediante laparotomía o laparoscopia se utilizó en el 34% de pacientes, mientras que la revisión de láminas representó el 4%. No se registraron casos de biopsia percutánea. En

relación con el **tipo histológico**, que se resume en la figura 10, el carcinoma seroso de alto grado fue el más frecuente, observado en el 58% de pacientes.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 10. **Tipo histológico de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Sobre las características patológicas que se resumen en la tabla 4, respecto al **tamaño tumoral patológico**, el 24% de pacientes presentó tumores muy grandes (>150 mm), seguido de tumores de tamaño mediano (51-100 mm) en el 22% de los casos. En cuanto al **compromiso de estructuras pélvicas**, el compromiso ovárico fue el más frecuente, observado en el 42% de pacientes, seguido del compromiso uterino en el 16%. Sobre la presencia o no de compromiso descrito en el reporte anatomopatológico de las siguientes variables el **compromiso de estructuras extrapelvicas** estuvo presente en el 60%. El **compromiso peritoneal** se observó en el 54% de los casos. El **compromiso ganglionar** estuvo presente en el 16% de pacientes. Finalmente, la **presencia de metástasis** se evidenció solo en el 2% de pacientes.

Tabla 4. **Características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial al debut del HNGAI (2022-2024)**

Características patológicas			
Patología		**N**	**%**
Tamaño tumoral	Muy pequeño (≤ 50 mm)	4	8%
	Mediano (51-100 mm)	11	22%
	Grande (101-150 mm)	7	14%
	Muy grande (> 150 mm)	12	24%
	Desconocido / no reportado	16	32%
	Total	50	100%
Compromiso de estructura pélvica	Ovárica	21	42%
	Tubárica	5	10%
	Uterina	8	16%
	Otros	16	32%
	Total	50	100%
Compromiso de estructuras extrapélvicas	No	20	40%
	Sí	30	60%
	Total	50	100%
Compromiso peritoneal	No	23	46%
	Sí	27	54%
	Total	50	100%
Compromiso ganglionar	No	42	84%
	Sí	8	16%
	Total	50	100%
Presencia de metástasis	No	49	98%
	Sí	1	2%
	Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2022 - 2024. A continuación se comentarán los resultados, contextualizándonos frente a la evidencia disponible.

Características epidemiológicas

El grupo conformado por pacientes mayores de 50 años fueron el 70% del total, con una media de 54.68 ± 15.58 años. Estos resultados coinciden con múltiples estudios locales como González Fernández et al., Castro Averos, Dávila Riega KR et al. que reportan promedio similares, alrededor de los 54-56 años (9,28,29) y un predominio del diagnóstico en mujeres a partir de la quinta década de la vida coincidiendo con Aguilera Enoa et al. (35). La literatura mundial indica que el rango de edad de 60 a 64 años tiene el mayor número de pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario y la edad media de las pacientes con cáncer de ovario es de 63 años (5), como lo reportó Otero-Leyva et al. (30). Según Berek et al. (69) la edad media es aproximadamente una década anterior en los países en vías de desarrollo, como el caso de nuestro estudio.

En cuanto al nivel de instrucción, la mayor parte de pacientes había recibido educación solo hasta la secundaria (44%), seguido por el grupo universitario (34%). Estos resultados coinciden con lo reportado por González Fernández et al. (28) siendo en suma el grupo de mujeres con niveles de secundaria básica (53 %) el que predominó, igualmente en el estudio de De León Guillén (32) que en suma fue 34%. Contrario a lo reportado por Calisaya Huacasi AC (36), donde más de la mitad de pacientes (55.5%) contaban con estudios superiores universitarios, seguido del secundario (35%). Estas diferencias podrían atribuirse a variaciones en el tamaño muestral, el contexto geográfico

(población urbana frente a rural) o en el nivel socioeconómico. Este último influye directamente en el conocimiento sobre la enfermedad, la percepción de los síntomas y la capacidad para buscar atención médica de manera oportuna. En un estudio sobre estatus socioeconómico y cáncer de ovario epitelial Præstegaard et al. (70), concluyó que mujeres que solo alcanzaron culminar la educación secundaria (high school) tuvieron 15% mayor riesgo de diagnóstico en estadio avanzado en comparación con las que continuaron sus estudios. Asimismo, cuando analizaron cada subtipo por separado, el patrón fue parecido al análisis global. Esto resalta el nivel de instrucción como un determinante estructural relevante en el pronóstico de la enfermedad.

Respecto al antecedente familiar de cáncer, en el presente estudio el 12% de pacientes refirió sí tener un familiar de primer grado con cáncer de ovario, mama o colon. Este resultado es comparable a lo descrito por el estudio de Eteba et al. (22), donde el 12.2% de casos también afirmaron tener las mismas características. Acotar que los estudios reseñados muestran una heterogeneidad marcada caracterizando esta variable (conceptual y operativa), así pues por razones de conveniencia metodológica y disponibilidad de información, se optó para nuestro estudio por una clasificación dicotómica. Dicha esto, en general, la mayoría de ellos resalta la baja frecuencia observada como antecedente familiar, hallazgo que coincide con nuestros resultados y que es coherente con la literatura, la cual señala que la mayoría de los cánceres de ovario son esporádicos (75-90%) y un porcentaje menor es hereditario (71).

Siguiendo la teoría de la “ovulación incesante”, a más ciclos ovulatorios representa más riesgo de cáncer de ovario, en este estudio, la edad promedio de la menarquia fue 12.12 ± 1.57 años y el grupo de menarquía temprana conformó el 30%, tras el grupo de menarquia normal (50%). La menopausia tardía conformó el 2% de los casos, el menor porcentaje dentro de esta clase. Estos resultados siguen la tendencia con lo reportado por el estudio institucional de Calisaya Huacasi AC (36), en el cual se describen cifras de

40% para menarquia temprana y de 4,5% para menopausia tardía, siendo esta última la categoría menos frecuente. No obstante, difieren de lo observado en otros estudios, como el de Aguilera Enoa et al. (35), donde la menarquia temprana se presentó en el 25% de pacientes y la menopausia tardía en el 16,6%. Asimismo, González Fernández et al. (28) reportaron una frecuencia de menarquia precoz del 16,9%, sin registrarse casos de menopausia tardía. Las diferencias observadas con respecto a nuestros resultados, más acentuadas en la menopausia tardía, podrían explicarse por variaciones en el tamaño de la muestra, la metodología para la definición de estas variables, así como características poblacionales: diferencias en edad promedio, factores genéticos y ambientales.

Respecto al antecedente de paridad, nuestro estudio mostró que el 28% de pacientes no tuvo ningún hijo. Este hallazgo es consistente parcialmente con lo reportado por Castro Averos (29) informó que el 16% de su población presentó nuliparidad, mientras que Sánchez et al. (34) describieron que el 18% de pacientes fueron nuligestas. Calisaya Huacasi AC (36), quien encontró que el 51% de pacientes con cáncer de ovario eran nulíparas, evidenciando una frecuencia incluso mucho mayor a la observada en nuestra serie. La diferencia con nuestro estudio podría deberse a variaciones en el tamaño muestral, características socioeconómicas o culturales (decisión y posibilidad económica de tener hijos) o factores biológicos (presencia de infertilidad o comorbilidades). Según Gaitskell (42), las mujeres nulíparas tenían un 26% más riesgo de desarrollar cáncer de ovario que las no nulíparas. Los hallazgos enfatizan la nuliparidad como un factor de riesgo significativo para el cáncer de ovario, como consecuencia de la disminución del número total de ciclos ovulatorios “hipótesis de la ovulación incesante” (28).

Sobre las comorbilidades en nuestro estudio el 36% de pacientes eran obesas, 18% presentaba diabetes mellitus y 10% presentaba hipertensión arterial. Si bien algunos estudios describen comorbilidades adicionales, se consideró que

las más frecuentemente asociadas y respaldadas por la literatura serían las incluidas en el análisis. En general, la obesidad fue la comorbilidad más frecuente en los estudios revisados (29,35,36), salvo en Sánchez et al. (34). Nuestros resultados coincidían con lo reportado por González Fernández et al. (28), quienes encontraron obesidad en el 35,21% de sus casos. Sin embargo, entre el resto de estudios se encontró prevalencias que oscilaban entre 16% y 70.15% de casos (9,23), cifras mayores que las observadas en nuestra serie. Esto podría deberse a diferencias en la medición o definición de obesidad, ya que algunos estudios incluían conjuntamente el sobrepeso y la obesidad, lo que podría sobreestimar su prevalencia; al subregistro de información en las historias clínicas; o a los determinantes sociales y conductuales de la salud, que podría subestimarla. Globalmente, las mujeres presentan mayor prevalencia de obesidad (72). En el Perú predomina en áreas urbanas y la distribución geográfica muestra concentraciones más altas en la Costa Centro, Costa Sur y Lima Metropolitana (73).

Características clínicas

Respecto a los síntomas y signos clínicos al debut el dolor o distensión abdominal estuvo presente en el 86% de pacientes. destacando ampliamente sobre los otros síntomas estudiados. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por estudios previos, como Castro Averos (29) con 74% de casos con dolor abdominopélvico, Petrocelli Rivas et al. (31) que resultó dolor en bajo vientre en 39,6% y De León Guillén (32) donde predominó como asociación el dolor y distensión en 18.4%. En todos los estudios citados, el dolor o distensión abdominal se posiciona como el síntoma principal al momento del diagnóstico, pese a la variabilidad en las frecuencias reportadas, variabilidad que podría explicarse por diferencias en el diseño del estudio y la forma de registro clínico del síntoma en las historias clínicas (sesgo de clasificación). Un estudio prospectivo caso-control de más de 1700 pacientes evidenció una mayor frecuencia de distensión abdominal (70%), aumento del tamaño abdominal

(64%), urgencia o frecuencia urinaria (55%), dolor abdominal (50%) y dolor pélvico (41%) (5). En cuanto a los síntomas restantes evaluados presentaron una baja prevalencia, hallazgo concordante con lo reportado por Petrocelli Rivas et al. (31), quienes describieron frecuencias de 20,8%, 3,8% y 3,8% para trastornos menstruales, urinarios e intestinales, respectivamente. Por otro lado, signos como la ascitis y la palpación de masa anexial estuvieron presentes casi en la mitad de la proporción de casos al momento del diagnóstico, 42% y 50% respectivamente, lo que podría deberse a que una proporción importante de pacientes fue diagnosticada en estadios avanzados. Asimismo, debe considerarse que, al realizarse en un hospital de alta complejidad, es esperable la concentración de casos más avanzados .

En el presente estudio, sobre los estadios clínicos se presenta que el 32% de pacientes se diagnosticó en estadios tempranos (I y II), y 68% en estadios tardíos (III y IV). Varios estudios muestran rangos amplios de prevalencia de estadio temprano (24.3 - 61.1%) y tardío (35.9% - 75.7%). Los estudios locales de Dávila Riega KR et al. (9) y Calisaya Huacasi AC (36) difieren parcialmente de nuestros resultados; no obstante, otras series internacionales muestran hallazgos similares (23,28,33,34). El subestadio más frecuente hallado fue el IIIC (46%), resultado que coincide con lo reportado por González Fernández et al. (28) y De León Guillén (32). Las diferencias encontradas podrían explicarse por el hecho de tratarse de un hospital de referencia, la falta de un método de tamizaje efectivo y la presentación clínica inespecífica, ambos que favorecen el retraso diagnóstico y la derivación oportuna. Adicionalmente, el predominio de ciertos histotipos, como el carcinoma seroso de alto grado, podría contribuir a la mayor frecuencia de subestadíos más avanzados, considerando su comportamiento biológico agresivo. La literatura describe que aproximadamente el 80% de pacientes se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad (estadios III–IV) (5) y dentro del estadio III predomina el subestadio IIIC en hasta el 84% de los casos (56).

Respecto al marcador tumoral CA-125 fue elevado para el 84% de los casos. Similar resultados describe el estudio de Castro Averos (29) y Sánchez et al. (34) en el 87% y 80% de sus respectivas poblaciones poseían un nivel elevado de la prueba al momento del diagnóstico de la patología.

Respecto al tratamiento quirúrgico, en el presente estudio el 84% de pacientes fue sometida a cirugía. De estas, la cirugía primaria fue la más frecuente (64%), el tercer grupo cirugía de intervalo (esquema corto) (12%) y el cuarto y ultimo, cirugía de intervalo (esquema largo) (8%). Este hallazgo coincide con el estudio de Richau et al. (33), que incluyó un total de 56 pacientes y clasificó los procedimientos quirúrgicos en cirugía primaria y cirugía de intervalo, encontrando que el 70% correspondió a cirugías primarias. De forma similar, Eteba et al. (22) informaron una mayor proporción de cirugía primaria (85,7%) en comparación con la cirugía de intervalo (14,3%). En relación con la enfermedad residual posterior a la cirugía, en nuestro estudio el 42% de pacientes alcanzó una resección completa, en el tercer grupo 20% presentó enfermedad residual subóptima. Este resultado difiere de lo descrito por González Fernández et al. (28), quienes reportaron que el 97,18% de pacientes que fueron sometidas a cirugía y clasificadas en óptima, subóptima o cirugía secundaria, la citorreducción subóptima fue la más frecuente (52,11%). Distinto también a lo reportado por Eteba et al. (22), que el 60,7% de pacientes alcanzó una citorreducción óptima, mientras que el 39,3% presentó citorreducción subóptima. Las diferencias entre los estudios podrían explicarse por la heterogeneidad en la clasificación de los tipos de cirugía, dado que no todos diferencian claramente entre los tipos de cirugía (primaria, intervalo y secundaria), así como por el hecho de que la mayoría de los pacientes son detectados en etapas avanzadas, lo que reduce la posibilidad de lograr una resección total, como se observó en la investigación realizada por González Fernández et al. (28), donde predominó la citorreducción subóptima. A ello se suman las características propias de los centros de referencia y la experiencia y técnica del cirujano. En este contexto concreto, es fundamental tener en

cuenta que la citorreducción completa sigue considerándose el principal factor pronóstico modificable en el cáncer de ovario epitelial.

En cuanto al tratamiento farmacológico, nuestros resultados muestran que la quimioterapia adyuvante fue la más utilizada, administrada en el 54% de pacientes, seguida de la quimioterapia neoadyuvante en el 24%. Estos resultados son concordantes con los de González Fernández et al. (28), quienes, utilizando una clasificación similar a la empleada en nuestro estudio, reportaron que el 45,07% de pacientes recibió quimioterapia adyuvante y el 25,35% quimioterapia neoadyuvante, así como con el estudio de Richau et al. (33), en el que el 52% fue tratada con quimioterapia adyuvante basada exclusivamente en carboplatino y paclitaxel y el 27% de pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante. No obstante, estos hallazgos difieren ampliamente de lo reportado por Eteba et al. (22), quienes, si bien la quimioterapia adyuvante fue la modalidad más frecuente, al clasificar el tratamiento farmacológico en solo dos categorías observaron que el 81,1% de pacientes recibió quimioterapia adyuvante, mientras que el resto (18,9%) fue tratado con quimioterapia neoadyuvante. Si bien los tres estudios marcan la terapia adyuvante como la más frecuente, las diferencias presentes pueden atribuirse, en gran medida, a la marcada heterogeneidad existente entre los estudios en cuanto a la clasificación del tratamiento farmacológico, pues la utilización de clasificaciones simplificadas puede conducir tanto al subregistro, como a la sobreestimación de determinadas modalidades de tratamiento, afectando la comparabilidad entre estudios.

Características patológicas

En este estudio el subtipo histológico más frecuente fue el carcinoma seroso de alto grado (58%) seguido por los subtipos endometrioide (14%), seroso de bajo grado (10%), mucinoso (8%) y de células claras (4%), entre otros. Nuestros hallazgos son concordantes con lo descrito por estos estudios previos, los

cuales señalan al carcinoma seroso de alto grado como el subtipo histológico más frecuente, con una prevalencia del 52% en el estudio de Sánchez et al. (33), del 60% en el de Richau et al. (32) y 52%. Otros estudios revelan cifras inferiores a las observadas en nuestra serie, como el de Calisaya Huacasi AC (35), con un 28% y Dávila Riega KR et al. (9), con 35.82%. Estas diferencias podrían explicarse por ovario de forma global, incluyendo todos los tipos histológicos, sin restringirse al tipo epitelial, lo que podría conducir a una subestimación de la frecuencia real del carcinoma seroso. Además, se identifica un sesgo de clasificación, dado que algunos estudios no emplearon estrictamente la definición clásica de la OMS, agrupando los distintos subtipos serosos (29,31,35). A pesar de ello, en dichos estudios el subtipo seroso continúa siendo el más frecuente, aunque con proporciones variables, como lo reportado por Aguilera Enoa et al. (35), con un 35,0%; Petrocelli Rivas et al. (31), con un 68%; Castro Averos (29), con un 56%; y González Fernández et al. (28), con un 64,79%. En conjunto, nuestros resultados se ajustan a lo descrito en la literatura (5), reafirmando el predominio de los tumores epiteliales y, dentro de ellos, del carcinoma seroso de alto grado como el subtipo más representativo.

3.3. Conclusiones

- El cáncer de ovario epitelial en pacientes al debut de la enfermedad fue más frecuente en mayores de 50 años (70%).
- La menarquia temprana se presentó con más frecuencia en el 30% de pacientes
- La obesidad fue la comorbilidad más común en el 36% de pacientes.
- El dolor y/o distensión abdominal fue el síntoma más prevalente afirmado por pacientes al debut de la enfermedad en el 86 % de los casos. Los signos de ascitis y masa anexial se presentaron en el 42% y 50% de pacientes, respectivamente.
- La gran mayoría de pacientes se diagnosticaron al debut en el estadio III (subestadio C), correspondiente al 46% de pacientes.

- El carcinoma seroso de alto grado constituyó el subtipo histológico más frecuente, representando el 58% de los casos.
- La modalidad más frecuente de tratamiento quirúrgico fue la cirugía primaria realizada en el 64% de pacientes y la enfermedad residual tras alguna modalidad quirúrgica en su mayoría fue completa (42%)
- La quimioterapia adyuvante fue el tratamiento farmacológico más empleado (54%)

3.4. Recomendaciones

- Reforzar la identificación temprana en mujeres mayores de 50 años, considerando que este grupo etario concentró la mayor frecuencia de casos al debut, promoviendo una evaluación clínica oportuna.
- Concientizar entre los profesionales de la salud sobre la importancia de los síntomas inespecíficos como dolor y/o distensión abdominal persistentes, en particular, para las mujeres mayores de 50 años, con el fin de permitir una derivación rápida y limitar el número de diagnósticos en etapas avanzadas.
- Fortalecer las protocolos institucionales de detección y referencia oportuna, considerando que la gran parte de pacientes se diagnosticaron en estadio III (subestadio C), lo cual sugiere persistencia de diagnóstico tardío.
- Desarrollar estudios institucionales que evalúen las características moleculares y pronósticas del carcinoma seroso de alto grado, dado su predominio en la población estudiada.
- Realizar investigaciones en otros centros de referencia para caracterizar de manera más amplia a pacientes con cáncer de ovario para un mejor entendimiento epidemiológico, clínico y patológico de esta enfermedad en el contexto nacional.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Ovarian Cancer Coalition. Ovarian cancer data briefing: recognising ovarian cancer as a global health priority. Toronto (CAN): World Ovarian Cancer Coalition; April 2024. [Internet]. [citado 9 de febrero de 2026]. Disponible en: https://worldovariancancercoalition.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-Global-Priority.pdf

2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory [Internet]. Lyon: World Health Organization; Available from: https://gco.iarc.fr/en [Internet]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/

3. Lisio MA, Fu L, Goyeneche A, Gao Z hua, Telleria C. High-Grade Serous Ovarian Cancer: Basic Sciences, Clinical and Therapeutic Standpoints. Int J Mol Sci. enero de 2019;20(4):952. doi:10.3390/ijms20040952

4. ORAS-CONHU. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Situación del cáncer en la región Andina. Lima; 2021. 116 p. Ilus. tab.

5. Caruso G, Weroha SJ, Cliby W. Ovarian Cancer: A Review. JAMA. 14 de octubre de 2025;334(14):1278-91. doi:10.1001/jama.2025.9495 PubMed PMID: 40690248.

6. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. Cancer Biol Med. febrero de 2017;14(1):9-32. doi:10.20892/j.issn.2095-3941.2016.0084 PubMed PMID: 28443200; PubMed Central PMCID: PMC5365187.

7. Utande AM, Miguel MD, López RM, Cubells CL. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con debut oncológico. Estudio retrospectivo en un Servicio de Urgencias Pediátricas.

8. Meza DEP, Pe IP, Rojas DEP. Registro de Cancer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 - 2012, Volumen 5. Lima 2016 [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf

9. Dávila Riega KR. Características epidemiológicas de cáncer de ovario primario en pacientes del servicio de ginecología oncológica del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur 2016-2021 [Internet]. 16 de mayo de 2022 [citado 3 de enero de 2026]. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11661

10. National Cancer Institute. SEER Cancer Stat Facts: Ovarian Cancer [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; Available from:

https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html [Internet]. [citado 9 de febrero de 2026]. Disponible en: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html

11. Huang J, Chan WC, Ngai CH, Lok V, Zhang L, Lucero-Prisno DE, et al. Worldwide Burden, Risk Factors, and Temporal Trends of Ovarian Cancer: A Global Study. Cancers. 29 de abril de 2022;14(9):2230. doi:10.3390/cancers14092230 PubMed PMID: 35565359; PubMed Central PMCID: PMC9102475.

12. World Ovarian Cancer Coalition. Ovarian Cancer Key Stats [Internet]. Toronto (Canada): World Ovarian Cancer Coalition; 2026 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://worldovariancancercoalition.org/about-ovarian-cancer/key-stats/.

13. Jara-Rosales S, González-Stegmaier R, Rotarou ES, Villarroel-Espíndola F. Risk Factors for Ovarian Cancer in South America: A Literature Review. J Pers Med. 18 de septiembre de 2024;14(9):992. doi:10.3390/jpm14090992 PubMed PMID: 39338246; PubMed Central PMCID: PMC11433525.

14. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Documento técnico: tratamiento oncológico médico del cáncer epitelial de ovario, trompa de Falopio y primario peritoneal. Lima: Dirección de Medicina, Departamento de Oncología Médica; 2022. [Internet]. [citado 9 de febrero de 2026]. Disponible en: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2023/01/RJ-448-2022-J-INEN.pdf

15. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, Phillips KA, Mooij TM, Roos-Blom MJ, et al. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. JAMA. 20 de junio de 2017;317(23):2402-16. doi:10.1001/jama.2017.7112 PubMed PMID: 28632866.

16. Jayson GC, Kohn EC, Kitchener HC, Ledermann JA. Ovarian cancer. Lancet Lond Engl. 11 de octubre de 2014;384(9951):1376-88. doi:10.1016/S0140-6736(13)62146-7 PubMed PMID: 24767708.

17. Ishizawa S, Niu J, Tammemagi MC, Irajizad E, Shen Y, Lu KH, et al. Estimating sojourn time and sensitivity of screening for ovarian cancer using a Bayesian framework. J Natl Cancer Inst. 1 de noviembre de 2024;116(11):1798-806. doi:10.1093/jnci/djae145 PubMed PMID: 39038822.

18. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, et al. Ovarian cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin. julio de 2018;68(4):284-96. doi:10.3322/caac.21456 PubMed PMID: 29809280; PubMed Central PMCID: PMC6621554.

19. Luna-Abanto J, García Ruiz L, Laura Martinez J, Álvarez Larraondo M, Villoslada Terrones V. Liver Resection as Part of Cytoreductive Surgery for Ovarian Cancer. J Gynecol Surg. 1 de abril de 2020;36(2):70-5. doi:10.1089/gyn.2019.0074 PubMed PMID: 32292262; PubMed Central PMCID: PMC7153635.

20. Vergote I, Tropé CG, Amant F, Kristensen GB, Ehlen T, Johnson N, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. N Engl J Med. 2 de septiembre de 2010;363(10):943-53. doi:10.1056/NEJMoa0908806 PubMed PMID: 20818904.

21. Moore K, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, Friedlander M, et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 27 de diciembre de 2018;379(26):2495-505. doi:10.1056/NEJMoa1810858 PubMed PMID: 30345884.

22. Eteba SM, Alshahat MAR, Akl FMF, Mohammed NK. Clinico-Epidemiological Study of Epithelial Ovarian Cancer Mansoura Experience. Cancer Res J. diciembre de 2018;6(4):118-25. doi:10.11648/j.crj.20180604.12

23. Hussein MJ, Salai JS. Clinical and Histopathological Features of Ovarian Cancer in Rizgary Hospital/Erbil City from 2014 to 2017. Med J Babylon. junio de 2019;16(2):112. doi:10.4103/MJBL.MJBL_117_18

24. Ao A, Omoniyi-Esan G, Oo O, Anjorin A. Clinicopathologic characteristics of epithelial ovarian tumours in Ile-Ife, Nigeria [Internet]. 20 de julio de 2023. doi:doi:10.30442/ahr.0602-07-80

25. Pillay L, Wadee R. A retrospective study of the epidemiology and histological subtypes of ovarian epithelial neoplasms at Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital. South Afr J Gynaecol Oncol. 3 de diciembre de 2021;13(1):26-35. doi:10.1080/20742835.2021.1962084

26. Mohamad BJ, Zghair FA, Fadhil ZT. Clinical and Histopathological Features of Ovarian Cancer in Iraq, Baghdad Between 2014-2020. Iraqi J Sci. 30 de junio de 2022;2354-61. doi:10.24996/ijs.2022.63.6.4

27. Abdullah LS, Alahmadi B, Abonab R, Baeisa S, Alahmadi B. A Clinicopathological Study of Surface Epithelial Tumors of the Ovary: A Retrospective Analysis at a Tertiary Care Center in Jeddah, Saudi Arabia. Cureus. 29 de enero de 2025. doi:10.7759/cureus.78200

28. González Fernández H, MoralesYera RA, Santana Rodríguez SM, Reinoso Padrón L, Heredia Martínez BE, González Fernández H, et al. Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de ovario. Rev Finlay [Internet]. diciembre de 2021 [citado 22 de enero de 2026];11(4):359-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342021000400359&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Castro Averos RW. Caracterización clínica y epidemiológica de las pacientes con cáncer de ovario atendidos en el servicio de oncología clínica del hospital de especialidades Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito entre los años 2010 a 2019. [Internet]. 2022 [citado 22 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/www.dspace.uce.edu.ec

30. Otero-Leyva M, Almeida-Esquivel Y, Piñón-García K, Creagh-García J, Ramos-García DE, Otero-Leyva M, et al. Caracterización clínica e histopatológica de pacientes con cáncer de ovario. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. octubre de 2023 [citado 22 de enero de 2026];27(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942023000600022&lng=es&nrm=iso&tlng=es

31. Rivas JMP, Durán DH, Lorente RR, Verdecia YR, Rodríguez RE. Características epidemiológicas, clínicas, histológicas y sobrevida en pacientes con cáncer de ovario. Hospital Ramón Gonzalez Coro. [Internet]. 2021 de 2011. Disponible en: https://ginecobs.sld.cu/index.php/ginecobs/2023/paper/view/96

32. De León Guillen FE. Características clínicas y epidemiológicas del cáncer de ovario en mujeres que acuden al Hospital General de Zona No. 2 de IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2023 [Internet]. Disponible en: https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/798d0078-6447-429e-b2f1-b3d9f8d86886

33. Richau CS, Scherer N de M, Matta BP, de Armas EM, de Barros Moreira FC, Bergmann A, et al. BRCA1, BRCA2, and TP53 germline and somatic variants and clinicopathological characteristics of Brazilian patients with epithelial ovarian cancer. Cancer Med. febrero de 2024;13(3):e6729. doi:10.1002/cam4.6729 PubMed PMID: 38308422; PubMed Central PMCID: PMC10905552.

34. Selles JNS, Vega JL de la. Características clínicas del cáncer de ovario epitelial en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá. Rev Médica Panamá. 30 de agosto de 2024;100-7. doi:10.37980/im.journal.rmdp.20242364

35. Enoa RLA, Quiñones MJ, Vázquez SYN, Pompa YM. Características clínica y epidemiológica de las pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 8 de septiembre de 2025 [citado 3 de enero de 2026];51:e450-e450. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/450

36. Calisaya Huacasi AC. Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la prevalencia de cáncer de ovario en las pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2024. [Internet]. 13 de marzo de 2025 [citado 21 de enero de 2026]. Disponible en: https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/24157

37. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834

38. Cabasag CJ, Fagan PJ, Ferlay J, Vignat J, Laversanne M, Liu L, et al. Ovarian cancer today and tomorrow: A global assessment by world region and Human Development Index using GLOBOCAN 2020. Int J Cancer. 1 de noviembre de 2022;151(9):1535-41. doi:10.1002/ijc.34002 PubMed PMID: 35322413.

39. Hartinger DRB, Cacho ÁRB, Mendoza EJB, Pareja AFDCB, Silva MKB, Chávez MA. Epidemiologia de Cáncer de ovario en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre enero 2007 y diciembre 2011. Horiz Méd [Internet]. 2012 [citado 3 de enero de 2026];12(4):29-34. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637127006

40. Ali AT, Al-Ani O, Al-Ani F. Epidemiology and risk factors for ovarian cancer. Przeglad Menopauzalny Menopause Rev. junio de 2023;22(2):93-104. doi:10.5114/pm.2023.128661 PubMed PMID: 37674925; PubMed Central PMCID: PMC10477765.

41. La Vecchia C. Ovarian cancer: epidemiology and risk factors. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. enero de 2017;26(1):55-62. doi:10.1097/CEJ.0000000000000217 PubMed PMID: 26731563.

42. Gaitskell K, Green J, Pirie K, Barnes I, Hermon C, Reeves GK, et al. Histological subtypes of ovarian cancer associated with parity and breastfeeding in the prospective Million Women Study. Int J Cancer. 15 de enero de 2018;142(2):281-9. doi:10.1002/ijc.31063 PubMed PMID: 28929490; PubMed Central PMCID: PMC5725697.

43. Merritt MA, Abe SK, Islam MR, Rahman MS, Saito E, Katagiri R, et al. Reproductive factors and risk of epithelial ovarian cancer: results from the Asia Cohort Consortium. Br J Cancer. marzo de 2025;132(4):361-70. doi:10.1038/s41416-024-02924-z

44. Toufakis V, Katuwal S, Pukkala E, Tapanainen JS. Impact of parity on the incidence of ovarian cancer subtypes: a population-based case–control study. Acta Oncol. 3 de julio de 2021;60(7):850-5. doi:10.1080/0284186X.2021.1919754 PubMed PMID: 33999765.

45. Zhang D, Li N, Xi Y, Zhao Y, Wang T. Diabetes mellitus and risk of ovarian cancer. A systematic review and meta-analysis of 15 cohort studies. Diabetes Res Clin Pract. agosto de 2017;130:43-52. doi:10.1016/j.diabres.2017.04.005 PubMed PMID: 28554142.

46. Drab A, Wdowiak K, Kanadys W, Malm M, Dolar-Szczasny J, Religioni U. Hypertension and Ovarian Cancer Risk: a Meta-Analysis of Observational Studies with 2,497,898 participants. Arch Med Sci. 28 de noviembre de 2025. doi:10.5114/aoms/210330

47. Suratkal J, D'Silva T, AlHilli M. The role of diet, obesity and body composition in epithelial ovarian cancer development and progression: Mechanisms and therapeutic implications. Gynecol Oncol Rep. 1 de abril de 2025;58:101718. doi:10.1016/j.gore.2025.101718

48. Ellwanger B, Schüler-Toprak S, Jochem C, Leitzmann MF, Baurecht H. Anthropometric factors and the risk of ovarian cancer: A systematic review and

meta-analysis. Cancer Rep. 5 de abril de 2022;5(11):e1618. doi:10.1002/cnr2.1618 PubMed PMID: 35384414; PubMed Central PMCID: PMC9675384.

49. Bankhead CR, Collins C, Stokes-Lampard H, Rose P, Wilson S, Clements A, et al. Identifying symptoms of ovarian cancer: a qualitative and quantitative study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. julio de 2008;115(8):1008-14. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01772.x PubMed PMID: 18651882; PubMed Central PMCID: PMC2607526.

50. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of Symptoms of Ovarian Cancer in Women Presenting to Primary Care Clinics. JAMA. 9 de junio de 2004;291(22):2705-12. doi:10.1001/jama.291.22.2705

51. Ebell MH, Culp MB, Radke TJ. A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer. Am J Prev Med. marzo de 2016;50(3):384-94. doi:10.1016/j.amepre.2015.09.023 PubMed PMID: 26541098.

52. Rickard BP, Conrad C, Sorrin AJ, Ruhi MK, Reader JC, Huang SA, et al. Malignant Ascites in Ovarian Cancer: Cellular, Acellular, and Biophysical Determinants of Molecular Characteristics and Therapy Response. Cancers. 26 de agosto de 2021;13(17):4318. doi:10.3390/cancers13174318 PubMed PMID: 34503128; PubMed Central PMCID: PMC8430600.

53. Charkhchi P, Cybulski C, Gronwald J, Wong FO, Narod SA, Akbari MR. CA125 and Ovarian Cancer: A Comprehensive Review. Cancers. 11 de diciembre de 2020;12(12):3730. doi:10.3390/cancers12123730 PubMed PMID: 33322519; PubMed Central PMCID: PMC7763876.

54. Vara J, Manzour N, Chacón E, López-Picazo A, Linares M, Pascual MÁ, et al. Ovarian Adnexal Reporting Data System (O-RADS) for Classifying Adnexal Masses: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers. 27 de junio de 2022;14(13):3151. doi:10.3390/cancers14133151 PubMed PMID: 35804924; PubMed Central PMCID: PMC9264796.

55. Engbersen MP, Van Driel W, Lambregts D, Lahaye M. The role of CT, PET-CT, and MRI in ovarian cancer. Br J Radiol. 1 de septiembre de 2021;94(1125):20210117. doi:10.1259/bjr.20210117 PubMed PMID: 34415198; PubMed Central PMCID: PMC9327775.

56. Prat J, FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. enero de 2014;124(1):1-5. doi:10.1016/j.ijgo.2013.10.001 PubMed PMID: 24219974.

57. Arora T, Mullangi S, Vadakekut ES, Lekkala MR. Epithelial Ovarian Cancer. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567760/ PubMed PMID: 33620837.

58. Perez-Fidalgo JA, Gálvez-Montosa F, Guerra EM, Madariaga A, Manzano A, Martin-Lorente C, et al. SEOM–GEICO clinical guideline on epithelial ovarian cancer (2023). Clin Transl Oncol. 1 de noviembre de 2024;26(11):2758-70. doi:10.1007/s12094-024-03531-3

59. Kurman RJ, Shih IM. The Dualistic Model of Ovarian Carcinogenesis. Am J Pathol. abril de 2016;186(4):733-47. doi:10.1016/j.ajpath.2015.11.011 PubMed PMID: 27012190; PubMed Central PMCID: PMC5808151.

60. Elattar A, Bryant A, Winter-Roach BA, Hatem M, Naik R. Optimal primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer. Cochrane Database Syst Rev. 10 de agosto de 2011;2011(8):CD007565. doi:10.1002/14651858.CD007565.pub2 PubMed PMID: 21833960; PubMed Central PMCID: PMC6457688.

61. Gheorghe AS, Chirea IA, Margan MM, Georgescu MT, Komporaly IA, Kajanto LA, et al. Enhancing Prognosis in Advanced Ovarian Cancer: Primary Cytoreductive Surgery and Adjuvant Chemotherapy or Neoadjuvant Chemotherapy and Interval Cytoreduction-A Single-Center Retrospective Observational Study. Cancers. 14 de abril de 2025;17(8):1314. doi:10.3390/cancers17081314 PubMed PMID: 40282490; PubMed Central PMCID: PMC12026333.

62. Vergote I, Coens C, Nankivell M, Kristensen GB, Parmar MKB, Ehlen T, et al. Neoadjuvant chemotherapy versus debulking surgery in advanced tubo-ovarian cancers: pooled analysis of individual patient data from the EORTC 55971 and CHORUS trials. Lancet Oncol. diciembre de 2018;19(12):1680-7. doi:10.1016/S1470-2045(18)30566-7 PubMed PMID: 30413383.

63. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional [Internet]. 2021 [citado 24 de febrero de 2026]. Disponible en: https://shop.elsevier.com/books/robbins-y-cotran-patologia-estructural-y-funcional/kumar/978-84-9113-911-9

64. Sambasivan S. Epithelial ovarian cancer: Review article. Cancer Treat Res Commun. 1 de enero de 2022;33:100629. doi:10.1016/j.ctarc.2022.100629

65. Moreno Luján JM. Sobrevida global en cáncer de ovario epitelial avanzado: impacto del número de cursos de quimioterapia neoadyuvante. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina; 2020. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2026]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8498/Sobrevida_MorenoLujan_Joan%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

66. Tapia LI, Palomino MA, Lucero Y, Valenzuela R. Pregunta, hipótesis y objetivos de una investigación clínica. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de enero de 2019;30(1):29-35. doi:10.1016/j.rmclc.2018.12.003

67. Torres Leandro J. Fiabilidad de las escalas: interpretación y limitaciones del Alfa de Cronbach. 2 de abril de 2021.

68. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. Rev Salud Pública. diciembre de 2008;10(5). doi:10.1590/S0124-00642008000500015

69. Berek JS, Renz M, Kehoe S, Kumar L, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet. octubre de 2021;155(Suppl 1):61-85. doi:10.1002/ijgo.13878 PubMed PMID: 34669199; PubMed Central PMCID: PMC9298325.

70. The association between socioeconomic status and tumour stage at diagnosis of ovarian cancer: A pooled analysis of 18 case-control studies. Cancer Epidemiol. 1 de abril de 2016;41:71-9. doi:10.1016/j.canep.2016.01.012

71. Smolarz B, Biernacka K, Łukasiewicz H, Samulak D, Piekarska E, Romanowicz H, et al. Ovarian Cancer—Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment, and Estrogen Receptors' Molecular Backgrounds. Int J Mol Sci. 12 de mayo de 2025;26(10):4611. doi:10.3390/ijms26104611 PubMed PMID: 40429755; PubMed Central PMCID: PMC12111435.

72. Capoccia D, Milani I, Colangeli L, Parrotta ME, Leonetti F, Guglielmi V. Social, cultural and ethnic determinants of obesity: From pathogenesis to treatment. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 1 de junio de 2025;35(6):103901. doi:10.1016/j.numecd.2025.103901

73. Penny-Montenegro E. Obesidad en la tercera edad. An Fac Med. abril de 2017;78(2):215-7. doi:10.15381/anales.v78i2.13220

5. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general: ¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú en el periodo 2022 - 2024? Problemas específicos: A. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022-2024? B. ¿Cuáles son las características clínicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024? C. ¿Cuáles son las características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024?	Objetivo general: Describir las características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú en el periodo 2022 - 2024. Objetivos específicos: A. Describir las características epidemiológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022-2024. B. Describir las características clínicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024. C. Describir las características patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - periodo 2022 - 2024.	Hipótesis: No presentará, por ser un estudio descriptivo.	**Variables epidemiológicas:** Sociodemografía: - Edad - Nivel de instrucción Factores de riesgo - Antecedente familiar de cáncer - Menarquia - Menopausia - Paridad Comorbilidades - Diabetes mellitus - Hipertensión arterial - Obesidad **Variables clínicas** Síntomas clínicos - Dolor o distensión abdominal - Trastornos menstruales / HUA - Trastornos urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical) - Trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, tenesmo rectal) Signos clínicos - Ascitis - Masa anexial Clinico y laboratoriales - Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra - Estadio FIGO - CA-125 - Hemoglobina Imagenológicos - Ecografía transvaginal - Tomografía / Resonancia - Tamaño tumoral - Compromiso peritoneal - Compromiso ganglionar - Presencia de metástasis Terapéuticos - Tratamiento quirúrgico - Enfermedad residual - Tratamiento farmacológico **Variables patológicas** - Especimen - Tipo histológico - Tamaño tumoral (histopatologico) - Compromiso de estructura pelvica - Compromiso de estructuras extrapelvicas - Compromiso peritoneal (histopatologico) - Compromiso ganglionar (histopatologico) - Presencia de metástasis (histopatologico)	Tipo de investigación: Estudio observacional de tipo transversal, descriptivo y retrospectivo. Población y Muestra La población del estudio estuvo conformada por todas las pacientes que fueron operadas y con diagnóstico histopatológico de cáncer de ovario primario al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú durante el periodo enero de 2022 y diciembre 2024. La muestra estuvo compuesta por cincuenta (50) pacientes cuyos expedientes médicos estaban completos y eran accesibles para la recopilación de datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y patológicos.

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° Historia Clínica: _____ Código: _____

Variables epidemiologicas

Sociodemografía

1 Edad: ____ años

2 Nivel de instrucción:

Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Tecnico superior ( ) Universitaria superior ( ) No especifica ( )

Factores de riesgo:

3 Antecedente familiar de cáncer: Si ( ) No ( )

Si la respuesta es Si, especificar tipo de cáncer y parentesco: _____

4 Menarquia a los: ____ años

5 Menopausia: Si ( ) No ( ) Edad: ____ años

6 Número de gestaciones: ____ Partos: ____

Comorbilidades:

7 Diabetes mellitus: Si ( ) No ( )

8 Hipertensión arterial: Si ( ) No ( )

9 Obesidad: Si ( ) No ( )

Variables clinicas

Síntomas clínicos

10 Dolor o distensión abdominal Si ( ) No ( )

11 Trastornos menstruales/ HUA Si ( ) No ( )

12 Trastornos urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical) Si ( ) No ( )

13 Trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, tenesmo rectal) Si ( ) No ( )

Signos clínicos

14 Ascitis Si ( ) No ( )

15 Masa anexial Si ( ) No ( )

Clínicos y laboratoriales

16 Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra:

Anexectomia por laparotomia ( )

Anexectomia por laparoscopia ( )

Laparoscopia + biopsia ( )

Citologia por liquido ascitico ( )

Biopsia percutánea ( )

17 Estadio FIGO:

Estadio I ( ) Estadio II ( ) Estadio III ( ) Estadio IV ( ) No especifica ( ) subestadio:____

18 CA-125: _____ U/mL ¿Elevado (>35)? Si ( ) No ( )

19 Hemoglobina: _____ g/dL ¿Anemia (<12)? Si ( ) No ( )

Imagenológicos

20 Ecografia transvaginal:

O-RADS 1 ( ) O-RADS 2 ( ) O-RADS 3 ( ) O-RADS 4 ( ) O-RADS 5 ( )

afectación ovarica: unilateral / bilateral

21 Tomografía / Resonancia:

Masa ovárica: derecha ( ) Izquierda ( ) bilateral ( )

Compromiso peritoneal ( ) Compromiso hepático ( ) Derrame pleural ( )

No evidencia de compromiso tumoral ( ) Otros hallazgos: _____

22 Tamaño tumoral: _____ cm

23 Compromiso peritoneal: Si ( ) No ( )

24 Compromiso ganglionar: Si ( ) No ( )

25 Presencia de metástasis: Si ( ) No ( ) Localización: _____

Terapéuticos

26 Tratamiento quirurgico inicial:

Citorreducción primaria ( )

Citorreducción de intervalo ( )

No especifica/No consignado ( )

27 Enfermedad residual

Completa (R0): No enfermedad macroscopica visible o palpable ( )

Optima: enfermedad residual <= 1 cm ( )

Suboptima: enfermedad residual > 1 cm ( )

No especifica/No aplica ( )

28 Tratamiento farmacologico inicial:

Quimioterapia neoadyuvante ( )

Quimioterapia adyuvante ( )

Paliativo ( )

Otros ( )

No especifica/No aplica ( )

Variables patologicas

29 Especimen:
Biopsia por laparotomia / laparoscopia ( )
Anexectomia por laparotomia / laparoscopia ( )
Biopsia percutánea ( )
Revisión de laminas ( )

30 Tipo histológico:
Carcinoma seroso: alto grado ( ) bajo grado ( )
Carcinoma mucinoso ( ) Carcinoma endometrioide ( ) Carcinoma escamoso -> tipo: G1 / G2 / G3
Carcinoma de células claras ( ) Carcinoma indiferenciado ( ) Otros ( ) especificar: _____

31 Tamaño tumoral: _____ cm

32 Compromiso de estructura pelvica: ovarica ( ) tubárica ( ) utero ( ) otros ( ) especificar: _____

33 Compromiso de estructuras extrapelvicas: Si ( ) No ( )

34 Compromiso peritoneal: Si ( ) No ( )

35 Compromiso ganglionar: Si ( ) No ( )

36 Presencia de metástasis: Si ( ) No ( ) Localización: _____ _____ _____

Anexo 3: Validación de instrumento por expertos (Experto 1)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. DATOS GENERALES
   Nombres y apellidos del experto: EDER WILDCAT PAUS NICHO
   Especialidad: GINECO ONCOLOGIA
   Institución donde labora: Privado
   Motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
   Autor del instrumento: Aguado Candela Alexis
   Título de la investigación: Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en un Hospital Nacional de tercer nivel, Lima - periodo 2022 – 2024

   ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

CRITERIOS			DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1	CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3	ACTUALIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
4	ORGANIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
5	SUFICIENCIA	Existe una organización lógica					X
6	INTENCIONALIDAD	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems				X	
7	CONSISTENCIA	Adecuado para valorar aspecto del desarrollo de capacidades cognoscitivas					X
8	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
9	METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de estudio					X
10	PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) y aplique en formula debajo para hallar el coeficiente de validez			A	B	C	2 D	8 E

   Coeficiente de validez = [(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)] /50= 0.96

2. CLASIFICACION GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo)

CATEGORIA	INTERVALO	MARQUE
Desaprobado	[0,00-0,60]	
Observado	<0,60-0,70]	
Aprobado	<0,70 - 1,00]	X

3. SUGERENCIAS:

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X) NO APLICABLE ( )
5. FECHA 25/11/25
6. FIRMA

Anexo 3: Validación de instrumento por expertos (Experto 2)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. DATOS GENERALES
   Nombres y apellidos del experto: MARIO CASTILLO BENITES
   Especialidad: GINECO - ONCOLOGIA
   Institución donde labora: Privado
   Motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
   Autor del instrumento: Aguado Candela Alexis
   Título de la investigación: Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en un Hospital Nacional de tercer nivel en el periodo 2022 – 2024

   ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

CRITERIOS			DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1	CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
3	ACTUALIDAD	Está expresado en conductas observables					X
4	ORGANIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
5	SUFICIENCIA	Existe una organización lógica					X
6	INTENCIONALIDAD	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems					X
7	CONSISTENCIA	Adecuado para valorar aspecto del desarrollo de capacidades cognoscitivas				X	
8	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
9	METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de estudio				X	
10	PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) y aplique en formula debajo para hallar el coeficiente de validez			A	B	C	3 D	7 E

Coeficiente de validez = [(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)] /50= 0.94

2. CLASIFICACION GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo)

CATEGORIA	INTERVALO	MARQUE
Desaprobado	[0,00-0,60]	
Observado	<0,60-0,70]	
Aprobado	<0,70 - 1,00]	X

3. SUGERENCIAS:

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X) NO APLICABLE ( )
5. FECHA
6. FIRMA

Dr. MARIO CASTILLO BENITES
GINECÓLOGO OBSTETRA
GINECÓLOGO ONCÓLOGO
CMP: 67247 RNE: 37812 RNSE: [illegible]

Anexo 3: Validación de instrumento por expertos (Experto 3)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. DATOS GENERALES
   Nombres y apellidos del experto: FREDY VELIZ SAL Y ROSAS
   Especialidad: GINECO-ONCOLOGIA
   Institución donde labora: Privado
   Motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
   Autor del instrumento: Aguado Candela Alexis
   Título de la investigación: Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en un Hospital Nacional de tercer nivel en el periodo 2022 – 2024

   ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

CRITERIOS			DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1	CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3	ACTUALIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
4	ORGANIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
5	SUFICIENCIA	Existe una organización lógica					X
6	INTENCIONALIDAD	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems					X
7	CONSISTENCIA	Adecuado para valorar aspecto del desarrollo de capacidades cognoscitivas				X	
8	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
9	METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de estudio					X
10	PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) y aplique en formula debajo para hallar el coeficiente de validez			A	B	C	4 D	6 E

Coeficiente de validez = [(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)] /50= 0.92

2. CLASIFICACION GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo)

CATEGORIA	INTERVALO	MARQUE
Desaprobado	[0,00-0,60]	
Observado	<0,60-0,70]	
Aprobado	<0,70 - 1,00]	X

3. SUGERENCIAS:

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X) NO APLICABLE ( )
5. FECHA 25/11/25
6. FIRMA

Dr. Fredy Veliz Sal y Rosas
GINECO ONCOLOGO RNE 12260
GINECO OBSTETRA RNE 16323
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA

Anexo 3: Validación de instrumento por expertos (Experto 4)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. DATOS GENERALES
   Nombres y apellidos del experto: PEPE MEJIA GORDILLO
   Especialidad: GINECO - ONCOLOGO
   Institución donde labora: Privado
   Motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
   Autor del instrumento: Aguado Candela Alexis
   Título de la investigación: Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en un Hospital Nacional de tercer nivel, Lima - periodo 2022 – 2024

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

CRITERIOS			DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1	CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					5
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3	ACTUALIDAD	Está expresado en conductas observables					X
4	ORGANIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
5	SUFICIENCIA	Existe una organización lógica					X
6	INTENCIONALIDAD	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems					X
7	CONSISTENCIA	Adecuado para valorar aspecto del desarrollo de capacidades cognoscitivas					X
8	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
9	METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de estudio					X
10	PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) y aplique en formula debajo para hallar el coeficiente de validez			A	B	C	D	E

Coeficiente de validez = [(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)] /50= 1

2. CLASIFICACION GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo)

CATEGORIA	INTERVALO	MARQUE
Desaprobado	[0,00-0,60]	
Observado	<0,60-0,70]	
Aprobado	<0,70 - 1,00]	X

3. SUGERENCIAS: En Ca125, agregar punto de corte 35 u/ml.
   En Tomografía: cambiar "No registra" por No evidencia de compromiso tumoral

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X) NO APLICABLE ( )
5. FECHA 28 de Noviembre 2025
6. FIRMA



[signature]
PEPE MEJIA GORDILLO.
Médico Gerente de Investigación Humana
MÉDICO CONSISTENTE
CMP: 54501 RNE: 032291 - 027481
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.
ESSALUD

Anexo 3: Validación de instrumento por expertos (Experto 5)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. DATOS GENERALES
   Nombres y apellidos del experto: ASENCIO AGUEDO ANGELICA YEYLI
   Especialidad: ANATOMIA PATOLÓGICA
   Institución donde labora: Privado
   Motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
   Autor del instrumento: Aguado Candela Alexis
   Título de la investigación: Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en un Hospital Nacional de tercer nivel, Lima - periodo 2022 – 2024

   ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS		DEFICIENTE 1	BAJA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5
1	CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3	ACTUALIDAD	Está expresado en conductas observables					X
4	ORGANIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
5	SUFICIENCIA	Existe una organización lógica					X
6	INTENCIONALIDAD	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus items					X
7	CONSISTENCIA	Adecuado para valorar aspecto del desarrollo de capacidades cognoscitivas					X
8	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
9	METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de estudio					X
10	PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) y aplique en formula debajo para hallar el coeficiente de validez							10
			A	B	C	D	E

   Coeficiente de validez = [(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)] /50= 1

2. CLASIFICACION GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo)

CATEGORIA	INTERVALO	MARQUE
Desaprobado	[0,00-0,60]	
Observado	<0,60-0,70]	
Aprobado	<0,70 - 1,00]	X

3. SUGERENCIAS:

   _____

   _____

4. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X) NO APLICABLE ( )
5. FECHA 23/11/25
6. FIRMA

   RNE 03/873

Anexo 4: Prueba piloto y validación estadística del instrumento

Para determinar la confiabilidad de la ficha de recolección de datos, se realizó la validación estadística del instrumento dividiéndolo en dos grupos. En el primer grupo se incluyeron únicamente las variables **POLITÓMICAS** y se procedió a calcular el coeficiente de alfa de Cronbach en Microsoft Excel.

CODIGO	V1	V2	V4	V5	V16	V17	V20	V21	V22	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32	SUMA
Paciente 1	1	3	2	3	1	4	0	2	1	3	3	3	0	9	2	9	46
Paciente 2	2	9	3	3	1	5	3	4	2	1	0	0	3	2	0	0	38
Paciente 3	1	5	3	3	9	1	1	3	2	1	1	1	0	0	0	1	32
Paciente 4	1	5	0	0	9	4	2	4	2	3	1	3	3	0	0	1	38
Paciente 5	1	3	1	0	2	0	2	4	2	1	0	0	1	2	0	1	20
Paciente 6	1	4	2	1	1	0	0	4	0	3	1	2	3	0	0	9	31
Paciente 7	1	9	3	1	9	2	0	4	3	3	1	2	0	9	2	9	58
Paciente 8	1	5	0	1	9	0	0	4	2	2	1	1	0	0	1	1	28
Paciente 9	2	0	0	0	1	4	3	4	3	1	2	0	3	2	2	0	27
Paciente 10	1	5	1	3	1	4	2	4	2	0	1	0	3	0	1	1	29
Paciente 11	2	9	1	1	1	0	2	2	4	1	1	0	2	2	2	0	30
Paciente 12	1	9	0	0	2	5	2	2	4	3	0	0	3	2	0	0	33
Paciente 13	2	3	2	1	3	0	2	4	3	3	1	0	0	0	1	1	26
Paciente 14	1	3	0	3	2	0	2	4	3	2	1	0	2	0	0	1	24
Paciente 15	0	5	1	3	1	4	9	0	6	0	0	3	0	0	0	9	41
Paciente 16	1	3	1	1	2	4	2	4	5	1	1	0	2	0	0	1	28
Paciente 17	1	4	1	1	2	2	1	4	4	3	1	0	1	0	0	1	26
Paciente 18	1	4	2	1	1	5	2	4	0	2	1	0	3	0	0	1	27
Paciente 19	2	5	0	1	1	0	2	3	1	2	1	0	0	0	1	1	20
Paciente 20	1	3	1	1	1	4	1	4	0	3	1	1	0	0	0	1	22
Paciente 21	1	5	0	1	9	0	2	4	2	1	1	0	2	0	0	1	29
Paciente 22	1	3	1	3	1	0	0	4	0	2	1	2	0	0	0	1	19
Paciente 23	1	5	2	3	1	4	2	4	1	9	1	1	3	0	2	1	40
Paciente 24	2	3	2	1	3	4	1	4	3	2	0	0	1	0	1	1	28
Paciente 25	2	4	0	0	3	0	2	4	6	1	1	0	3	0	1	1	28
Paciente 26	1	2	1	0	2	6	2	4	3	1	1	0	2	1	1	1	28
Paciente 27	2	9	3	1	0	0	2	4	2	3	1	3	0	0	0	1	31
Paciente 28	1	5	1	3	9	0	2	3	1	0	1	1	0	0	0	9	36
Paciente 29	1	4	0	3	1	4	3	4	0	0	1	0	0	2	1	0	24
Paciente 30	2	5	1	1	1	0	2	4	0	3	1	1	1	0	1	9	32
Varianza	0.27	5.11	1.04	1.36	9.9	4.65	2.6	0.87	2.94	2.9	0.34	1.2	1.69	5.34	0.59	11.3	67.62
K (total items)	16																
Σ varianzas	52.09																
Varianza total	67.620																

Se aplico la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^2}{S_T^2}\right]$$

Se obtuvo como resultado un valor de 0.685 considerado como una confiabilidad moderada - alta

En el segundo grupo se incluyeron únicamente las variables **DICOTÓMICAS** y se procedió a calcular el coeficiente de Kuder Richardson "KR-20" en Microsoft Excel.

CODIGO	V3	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V18	V19	V23	V24	V25	V33	V34	V35	V36	SUMA
Paciente 1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6
Paciente 2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	7
Paciente 3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	5
Paciente 4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5
Paciente 5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Paciente 6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	6
Paciente 7	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	7
Paciente 8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	6
Paciente 9	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	7
Paciente 10	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	8
Paciente 11	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	6
Paciente 12	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	12
Paciente 13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Paciente 14	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	6
Paciente 15	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
Paciente 16	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	7
Paciente 17	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	7
Paciente 18	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	8
Paciente 19	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	8
Paciente 20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	5
Paciente 21	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	8
Paciente 22	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	6
Paciente 23	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	9
Paciente 24	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	7
Paciente 25	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Paciente 26	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	6
Paciente 27	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Paciente 28	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	5
Paciente 29	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	7
Paciente 30	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4
K (total items)	17	5	22	3	0	2	3	3	15	28	0	28	6	6	11	12	2	13	5	12	2.9437
p	0.6	0.2	0.7	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.5	0.9	0	0.9	0.2	0.2	0.4	0.4	0.1	0.4	0.2	0.4	
q	0.4	0.8	0.3	0.9	1	0.9	0.9	0.9	0.5	0.1	1	0.1	0.8	0.8	0.6	0.6	0.9	0.6	0.8	0.6	
p.q	0.2	0.1	0.2	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.3	0.1	0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	
Suma p.q		2.8																			
Vt		2.9																			
K		20																			

Se aplico:

$$KR-20=(\frac{k}{k-1})*(1-\frac{\sum p.q}{Vt})$$

Se obtuvo como resultado un valor de 0.61, lo que indica confiabilidad moderada - alta

Anexo 5: Estructura de base de datos

Variables	Epidemiologicas									Clinicas																	Patologicas									
CODIGO	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32	V33	V34	V35	V36
Paciente1																																				
Paciente2																																				
Paciente3																																				
Paciente4																																				
Paciente5																																				
Paciente6																																				
Paciente7																																				
Paciente8																																				
Paciente9																																				
Paciente10																																				
Paciente11																																				
Paciente12																																				
Paciente13																																				
Paciente14																																				
Paciente15																																				
Paciente16																																				
Paciente17																																				
Paciente18																																				
Paciente19																																				
Paciente20																																				
Paciente21																																				
Paciente22																																				
Paciente23																																				
Paciente24																																				
Paciente25																																				
Paciente26																																				
Paciente27																																				
Paciente28																																				
Paciente29																																				
Paciente30																																				

Anexo 6: Codificación de categorías y respuestas

Nombre	Código	Opciones	Código
Variables epidemiológicas			
Sociodemografía			
Edad	V1	18 - 29 años	0
		30 - 39 años	1
		40 - 49 años	2
		50 - 59 años	3
		60 o más años	4
Nivel de instrucción	V2	Analfabeta	0
		Primaria	1
		Secundaria	2
		Tecnico superior	3
		Universitaria	4
		No especifica	9
Factores de riesgo			
Antecedente familiar de cáncer	V3	No	0
		Si	1
Menarquia	V4	Temprana (<12 años)	0
		Normal (12-14 años)	1
		Tardía (≥15 años)	2
		No recuerda	3
Menopausia	V5	Temprana (≤45 años)	0
		Normal (46-55 años)	1
		Tardía (>55 años)	2
		No recuerda / No aplica	3
Paridad	V6	Nulípara	0
		No nulípara	1
Comorbilidades			

Diabetes mellitus	V7	No	0
		Sí	1
Hipertensión arterial	V8	No	0
		Sí	1
Obesidad	V9	No	0
		Sí	1
Variables clínicas			
Síntomas clínicos			
Dolor o distensión abdominal	V10	No	0
		Sí	1
Trastornos menstruales / HUA	V11	No	0
		Sí	1
Trastornos urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical)	V12	No	0
		Sí	1
Trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, tenesmo rectal)	V13	No	0
		Sí	1
Signos clínicos			
Ascitis	V14	No	0
		Sí	1
Masa anexial	V15	No	0
		Sí	1
Clínicos y laboratoriales			
Procedimiento diagnóstico para obtención de muestra	V16	Biopsia percutánea	0
		Citologia por líquido ascítico	1
		Laparoscopia/Laparotomía con biopsia	2

		Anexectomía laparoscópica	3
		Anexectomía por laparotomía	4
Estadio FIGO	V17	Estadio IA	0
		Estadio IB	1
		Estadio IC	2
		Estadio IIA	3
		Estadio IIB	4
		Estadio IIIA	5
		Estadio IIIB	6
		Estadio IIIC	7
		Estadio IVA	8
		Estadio IVB	9
CA-125	V18	Elevado	0
		No elevado	1
Hemoglobina	V19	No anémica	0
		Anémica	1
Imagenológicos			
Ecografía transvaginal	V20	O-RADS 1	0
		O-RADS 2	1
		O-RADS 3	2
		O-RADS 4	3
		O-RADS 5	4
Tomografía / Resonancia	V21	Masa ovárica derecha	0
		Masa ovárica izquierda	1
		Masa ovárica bilateral	2
		Compromiso peritoneal	3
		Compromiso hepático	4
		Derrame pleural	5
		No evidencia de	6

		compromiso tumoral	
Tamaño tumoral	V22	Muy pequeño ≤ 50 mm	0
		Mediano 51-100 mm	1
		Grande 101-150 mm	2
		Muy grande > 150 mm	3
		Desconocido / no reportado	9
Compromiso peritoneal	V23	No	0
		Sí	1
Compromiso ganglionar	V24	No	0
		Sí	1
Presencia de metástasis	V25	No	0
		Sí	1
Terapéuticos			
Tratamiento quirúrgico	V26	Cirugía primaria	0
		Cirugía de intervalo (esquema corto)	1
		Cirugía de intervalo (esquema largo)	2
		No aplica / No consignado	9
Enfermedad residual	V27	Completa (R0)	0
		Optima	1
		Subóptima	2
		No aplica / No consignado	9
Tratamiento farmacológico	V28	Quimioterapia neoadyuvante	0
		Quimioterapia adyuvante	1
		Paliativo	2
		Otros	3
		No aplica / No consignado	9

Variables patológicas			
Especimen	V29	Biopsia (laparotomia / laparoscopia)	0
		Anexectomia (laparotomia / laparoscopia)	1
		Biopsia percutánea	2
		Revisión de laminas	3
Tipo histológico	V30	Carcinoma seroso alto grado	0
		Carcinoma seroso bajo grado	1
		Carcinoma mucinoso	2
		Carcinoma endometrioide	3
		Carcinoma escamoso	4
		Carcinoma de células claras	5
		Carcinoma indiferenciado	6
		Otros (especificar)	9
Tamaño tumoral (histopatologico)	V31	Muy pequeño ≤ 50 mm	0
		Mediano 51-100 mm	1
		Grande 101-150 mm	2
		Muy grande > 150 mm	3
		Desconocido / no reportado	9
Compromiso de estructura pélvica	V32	Ovárica	0
		Tubárica	1
		Uterina	2
		Otros (especificar)	9
Compromiso de estructuras extrapelvicas	V33	No	0
		Sí	1

Compromiso peritoneal	V34	No	0
		Sí	1
Compromiso ganglionar	V35	No	0
		Sí	1
Presencia de metástasis	V36	No	0
		Sí	1

Anexo 7: Resolución de Decanato aprobando la ejecución del proyecto de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Lima, 24 de Enero del 2026

RESOLUCIÓN DECANAL N° 000343-2026-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital UNMSM-20250140801, de fecha 01 de diciembre de 2025 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FM/UNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Rectoral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2024 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo V. DE LA PLANIFICACION, Art. 8: establece que: "La tesis (T) podrá ser individual o grupal (máximo tres), compartiéndose las responsabilidades de la elaboración." así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento aprobación e inscripción del proyecto de tesis: Art. 23 establece que: "Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación correspondiente y, de un Comité de Ética en Investigación, la Dirección de la EP solicitara al Vicedecanato Académico la Resolución Decanal de la aprobación del proyecto, y el tesista podrá iniciar la ejecución de su proyecto de tesis.";

Que, mediante Oficio N°000109-2026-EPMH-FM/UNMSM, el Director (e) de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe de don Luis Alfonso Meza Santibañez, docente auxiliar del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia, Jurado informante del Proyecto de Tesis titulado: "Caracteristicas epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima periodo 2022-2024", presentado por el egresado Sr. Alexis Gerard Aguado Candela, con código de matrícula 19010002, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Méd. Esp. Raúl César Alegría Guerrero, con código 077976, docente asociada del Departamento Académico de Ciencias Morfológicas; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Egresado: **Alexis Gerard Aguado Candela** **Código de matrícula N° 19010002** **E.P. de Medicina Humana**	**Título del Proyecto de Tesis:** **"Caracteristicas epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima periodo 2022-2024"**
Asesor: **Méd. Esp. Raúl César Alegría Guerrero** **Código: 077976**	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

Dra. EMMA FELICIA SALAZAR SALVATIERRA
Vicedecana Académica (e)

Dr. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Decano

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: https://apegd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do e ingresando el siguiente código de verificación: QPWXXYK

Anexo 8: Carta de aprobación del Comité de ética institucional de la Facultad de Medicina u otra organización aprobada por el INS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ÉTICA EN SALUD
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0071-2026

En Lima, a los dos días del mes de febrero, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis de Pregrado titulado: **"Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima periodo 2022 - 2024"** presentado por **Alexis Gerrad Aguado Candela** con código 19010002, de la escuela profesional de medicina humana, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ACUERDA:

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 01 de febrero de 2027"

Lima, 02 de febrero de 2026

JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
PRESIDENTE DEL C E I / FM / UNMSM
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO
CODIGO DOCENTE 0A3079
CMP 040040 - RNE 028980 - RNSE S00415

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Presidente del CEI/FM/UNMSM

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú Telf. (511) 3283237 – (511) 619-7000 Ax 4602
Decanato Telefax: (511) 3283231- Web: medicina.unmsm.edu.pe - E-mail: decanato.medicina@unmsm.edu.pe
Instituto de Ética en Salud 6197000 Ax 4626 –E-mail: etica.medicina@unmsm.edu.pe

Anexo 9: Carta de aceptación de la IPRESS u organización donde se realizó la investigación

EsSalud

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CARTA Nº 022 CIEI-OIyD-GRPA-ESSALUD-2026

Lima, 06 de febrero del 2026

Investigador Principal:
ALEXIS GERARD AGUADO CANDELA

Coinvestigador Responsable:
Dr. RAUL ALEGRÍA GUERRERO
Servicio de Gineco-Obstetricia
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Presente. –

Asunto: Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarla y, a la vez, informarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (CIEI-HNGAI) ha evaluado el proyecto observacional titulado:

Nº 23-2026 **Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Periodo 2022-2024.**

El CIEI-HNGAI acordó **APROBAR** dicho estudio, el cual se llevará a cabo en el Servicio de Ginecología y Reproducción Humana y en el Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, tal como se indica en el Anexo 6, en el que se ha otorgado el visto bueno para su realización.

Asimismo, se recuerda al equipo de investigación la obligación de:

- Cumplir con lo establecido en la Declaración de Helsinki y en las Directivas de Investigación de EsSalud, garantizando en todo momento un tratamiento ético y responsable de los datos y de las personas involucradas en el estudio.
- Ejecutar la investigación conforme a lo estipulado en el protocolo remitido y aprobado por este Comité.
- Remitir las publicaciones y resultados derivados de la investigación a este Comité.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION
DR. DEMETRIO MOLERO CASTRO
PRESIDENTE
ESSALUD

DMC/ecf
NIT: 0175520260000349

www.gob.pe/essalud Av. Grau 800
La Victoria
Lima 13, Perú
T. 3242983

Firmado digitalmente por MIRANDA ORRILLO Christian Rafael FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 07.02.2026 10:58:04 -0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CARTA N° 000462-GRPA-ESSALUD-2026

La Victoria, 07 de Febrero del 2026

Investigador Principal:
ALEXIS GERARD AGUADO CANDELA

Coinvestigador Responsable:
Dr. RAUL ALEGRÍA GUERRERO
Servicio de Gineco-Obstetricia
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Presente. -

Asunto: Autorización de proyecto de investigación observacional.

Expediente: 0175520260000349.

De mi consideración:

Mediante la presente, me dirijo a usted en atención al documento del asunto, mediante el cual solicita autorización para desarrollar el proyecto de investigación titulado **"Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de pacientes con cáncer de ovario epitelial diagnosticadas al debut en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Periodo 2022-2024".**

Se informa que dicho estudio se llevará a cabo en el Servicio de Ginecología y Reproducción Humana y en el Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, habiéndose otorgado el visto bueno para su ejecución.

Al respecto, y habiendo sido el mencionado proyecto de investigación evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, el cual vela por el cumplimiento de las directrices metodológicas y éticas correspondientes, incluidas las Buenas Prácticas Clínicas, los principios de protección de los sujetos de investigación contenidos en la Declaración de Helsinki, así como lo establecido en la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019, "Directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud", y habiéndose presentado la **documentación requerida, incluido el documento de aprobación del comité correspondiente y el** proyecto de investigación observacional, esta Gerencia **autoriza** la realización del protocolo de investigación observacional antes mencionado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Muy atentamente,

Firmado digitalmente por
CHRISTIAN RAFAEL MIRANDA ORRILLO
GERENCIA DE LA RED PRESTACIONAL ALMENARA
ESSALUD

EsSalud

Firmado digitalmente por QUIÑONES LOZANO Jose Duvgl FAU 20131257750 hard
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 06.02.2026 15:52:39-0500

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **C6NBSCM.**