

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“Caracterización Clínico-Epidemiológica y su Relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No.47 ”**

**Tesis que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Nallely de Jesús Cerna Cerino**

**Directores:**

**Med. Esp. Guadalupe Montserrat Domínguez**

**Med. Esp. Judith Carolina Ortiz Chable**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Enero 2023**



## Autorización de impresión de Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**  
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura  
del Área de  
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 02 de febrero de 2023

Of. No. 180/DACS/JI

**ASUNTO:** Autorización de impresión de tesis

**C. Nallely de Jesús Cerna Cerino**  
Especialización en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"Caracterización Clínico-Epidemiológica y su Relación con la Calidad de vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47"** con índice de similitud **16%** y registro del proyecto No. **JI-PG-095**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer, Dra. Guadalupe Paz Martínez, Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez, y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: M.E. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega y M.E. Judith Carolina Ortiz Chable.

Atentamente,

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



C.c.p.- M.E. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega. – Director de tesis  
C.c.p.- Dr. Eduardo Contreras Pérez. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez. – Sinodal  
C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez. – Sinodal  
C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/LMC'FJOD/lkrd\*



## Acta de revisión de Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **09:00** horas del día **10** del mes de **enero** de **2023** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

**"Caracterización Clínico-Epidemiológica y su Relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47"**

Presentada por el alumno (a):

Cerna Cerino Nallely de Jesús  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	0	1	E	7	0	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

#### Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

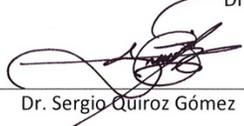
  
M.E. Guadalupe Montserrat Domínguez  
M.E. Judith Carolina Ortiz Chable  
Directores de Tesis

  
Dr. Eduardo Contreras Pérez

  
Dra. Jorda Alejandra Albarran Melzer

  
Dra. Guadalupe Paz Martínez

  
Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez

  
Dr. Sergio Quiroz Gómez



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, Nallely de Jesús Cerna Cerino, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70004 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Caracterización Clínico-Epidemiológica y su Relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No 47"**, bajo la Dirección del Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [dncerna8@gmail.com](mailto:dncerna8@gmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Nallely de Jesús Cerna Cerino

Nombre y Firma



Sello



## DEDICATORIAS

Al término de esta etapa de mi vida, agradezco infinitamente a Dios por ser mi guía, por la oportunidad de crecer de manera espiritual y profesionalmente, sobre todo permitirme llegar al término de esta especialidad.

A mi esposo, por su amor infinito y apoyo incondicional para continuar con esta especialidad la cual no fue fácil, existieron momentos en que creí no poder, pero siempre estuvieron conmigo proporcionándome palabras de aliento para continuar. Eres y siempre serás mi compañero de vida. Agradezco profundamente a mi hija, por ser mi fortaleza y hogar, les amo con mi corazón.

A mis padres por estar siempre presentes, a los que les debo lo que soy; gracias por amor infinito, paciencia, esfuerzo y por su motivación constante que me ha permitido ser una mejor persona. Gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía. A mis hermanas que siempre están allí extendiéndome su mano, sé que cuento con ustedes.



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social por darme la oportunidad de crecimiento profesional y formar parte de esta gran familia; por permitirme desarrollar mis habilidades, conocimientos en cada una de las áreas médicas para poder cumplir con mi programa operativo y llegar hasta esta parte de mi vida profesional.

Agradezco al Dr. Ricardo Gonzalez Anoya, por su dedicación y principal colaboración durante todo este proceso, quién con su dirección, conocimiento y enseñanza durante mi formación como residente me permitieron llegar hasta la culminación de este objetivo.

Gracias a mis asesoras de tesis, la Dra. Montserrat y Dra. Judith por sus consejos y técnicas; por todo su apoyo y asesoramiento de este trabajo.



## ÍNDICE

Contenido	Página
<b>ÍNDICE</b> .....	VII
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	X
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	XI
<b>ABREVIATURAS</b> .....	XII
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	XIII
<b>RESUMEN</b> .....	XIV
<b>ABSTRACT</b> .....	XV
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	2
2.1. Marco referencial .....	2
2.2. Marco Conceptual .....	2
2.2.1. Etiología .....	2
2.2.2. Fisiopatología .....	3
2.2.3. Signos y síntomas .....	4
2.2.4. Diagnóstico .....	5
2.2.5. Pronóstico .....	5
2.2.6. Tratamiento .....	9
2.3. Calidad de vida .....	9
2.3.1. Calidad de vida en pacientes con Cáncer de Cuello Cervicouterino....	10
2.3.2. Dimensión Psicológica .....	11
2.3.3. Dimensión social .....	11
2.3.4. Dimensión sexual .....	11
2.4. Epidemiología .....	11
2.5. Estudios relacionados .....	13
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	16
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b> .....	19
4.1. Magnitud .....	19
4.2. Transcendencia .....	19
4.3. Vulnerabilidad .....	20
4.4. Factibilidad .....	20



<b>4.5. Viabilidad</b> .....	20
<b>5. HIPÓTESIS</b> .....	21
5.1. Hipótesis de la investigación. ....	21
5.2. Hipótesis nula. ....	21
5.3. Hipótesis alterna. ....	21
<b>6. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	22
6.1. Objetivo general.....	22
6.2. Objetivos específicos.....	22
<b>7. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	23
7.1. Diseño de investigación.....	23
7.2. Población.....	23
7.3. Muestra y muestreo.....	23
7.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	23
<b>7.4.1. Criterios de inclusión.</b> .....	23
<b>7.4.2. Criterios de exclusión.</b> .....	23
<b>7.4.3. Criterios de eliminación.</b> .....	24
7.5. Material/instrumentos. ....	24
7.6. Método de recolección de datos.....	25
7.7. Proceso de recolección de datos.....	26
7.8. Estrategias de análisis.....	26
7.9. Operacionalización de las variables.....	27
7.10. Aspectos éticos.....	30
<b>7.10.1. Declaración del Helsinki de la Asociación Médica Mundial.</b> ....	30
<b>7.10.2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.</b> .....	30
<b>7.10.3. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.</b> .....	31
7.11. Aspectos administrativos.....	31
<b>7.11.1. Recursos humanos</b> .....	31
<b>7.11.2. Recursos materiales.</b> .....	32
7.12. Financiamiento. ....	32
7.13. Factibilidad.....	32
<b>8. RESULTADOS</b> .....	33



8.1. Características epidemiológicas de las pacientes con cáncer cervicouterino.	33
8.2. Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con cáncer cervicouterino.	35
8.3. Características clínicas de las pacientes con cáncer cervicouterino.	35
8.4. Calidad de vida de las pacientes con cáncer cervicouterino.	37
8.5. Evaluar la relación de la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino y las características clínico-epidemiológicas.	38
8.6. Características Epidemiológicas y la Relación con la Calidad de Vida.	38
8.7. Evaluar las relaciones de las Características Clínicas y la Relación con la Calidad de Vida.	40
8.8. Prueba de hipótesis nula.	42
8.9. Análisis de fiabilidad del instrumento.	42
<b>9. DISCUSIÓN</b>	<b>43</b>
9.1. Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.	43
<b>9.1.1. Antecedentes gineco-obstétricos.</b>	<b>43</b>
9.2. Características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.	44
9.3. Calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.	45
9.4. Relación de las características clínico-epidemiológicas y calidad de vida.	46
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>11. PERSPECTIVAS</b>	<b>50</b>
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>59</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas de EORTC-QLQC30 .....	25
Tabla 2. Recursos Materiales .....	32
Tabla 3. Características Epidemiológicas .....	34
Tabla 4. Características Clínicas .....	36
Tabla 5. Calidad de Vida.....	37
Tabla 6. Ocupación y Escala de Salud Global.....	38
Tabla 7. Inicio de Vida Sexual Activa y Escala de Salud Global .....	39
Tabla 8. Método de Planificación Familiar y Escala Funcional .....	39
Tabla 9. Comorbilidades.....	40
Tabla 10. Características Clínicas .....	40
Tabla 11. Dolor con Escala Funcional .....	41
Tabla 12. Fiabilidad del Instrumento.....	42
Tabla 13 Área Estado Global de Salud.....	76
Tabla 14 Área de Funcionamiento.....	77
Tabla 15 Área de Síntomas .....	78



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Gráfica 1 Grado de estudios</b> .....	65
<b>Gráfica 2 Estado civil</b> .....	66
<b>Gráfica 3 Ocupación</b> .....	66
<b>Gráfica 4 Edad de pacientes</b> .....	67
<b>Gráfica 5 Inicio de la Vida Sexual Activa</b> .....	67
<b>Gráfica 6 Número de Parejas Sexuales</b> .....	68
<b>Gráfica 7 Número de partos</b> .....	68
<b>Gráfica 8 Número de Cesáreas</b> .....	69
<b>Gráfica 9 Número de Abortos</b> .....	69
<b>Gráfica 10 Año de última citología</b> .....	70
<b>Gráfica 11 Diagnóstico de VPH</b> .....	70
<b>Gráfica 12 Tratamiento previo de VPH</b> .....	71
<b>Gráfica 13 Fecha de tratamiento previo de VPH</b> .....	71
<b>Gráfica 14 Consumo de alcohol</b> .....	72
<b>Gráfica 15 Frecuencia del consumo de alcohol</b> .....	72
<b>Gráfica 16 Consumo de tabaco</b> .....	73
<b>Gráfica 17 Frecuencia del consumo de tabaco</b> .....	73
<b>Gráfica 18 Tiempo de años fumando</b> .....	74
<b>Gráfica 19 Uso de anticonceptivos</b> .....	74
<b>Gráfica 20 Enfermedades asociadas</b> .....	75



## ABREVIATURAS

**CaCu.** Cáncer Cervicouterino.

**CV.** Calidad de Vida.

**CVRS.** Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

**EORTC.** Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento para el Cáncer.

**FIGO.** Federation of Gynecology and Obstetrics.

**GLOBOCAN.** Global Cancer Observatory.

**IARC.** International Agency for Research on Cancer.

**IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**LCR.** Locus Controlador de la Región.

**MF.** Médicos familiares.

**MNF.** Médicos no familiares.

**NOM.** Norma Oficial Mexicana.

**OMS.** Organización Mundial de la Salud.

**ONU.** Organización de las Naciones Unidas.

**PS.** Personal de Salud.

**TC.** Tratamiento conservador.

**UMF.** Cáncer Cervicouterino.

**VPH.** Virus del Papiloma Humano

**RIC.** Registro Institucional de Cáncer



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Braquiterapia.** Es un tipo de radioterapia interna en la cual se colocan marcadores, listones o cápsulas que contienen una fuente de radiación en el cuerpo, dentro o cerca del tumor.

**Calidad de vida.** Percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

**Cáncer.** Conjunto de enfermedades que se pueden originar en cualquier órgano o tejido vital, cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites e invaden partes adyacentes del organismo.

**Caracterización.** Es un método que determina los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás.

**Estrés.** Es la respuesta del cuerpo a una presión física, mental o emocional.

**Quimioterapia.** La quimioterapia antineoplásica agrupa diversos fármacos que actúan sobre las células tumorales con base en diversos mecanismos de acción con el objetivo de inhibir la replicación tumoral.



## RESUMEN

### **Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47**

Nallely de Jesús Cerna Cerino <sup>a</sup>, Guadalupe Montserrat Domínguez <sup>b</sup>, Judith Carolina Ortiz Chable <sup>c</sup>

a Residente de tercer año de Medicina Familiar de la UMF No. 47 en Villahermosa, Tabasco.

b Med. Esp. en Medicina Familiar en la UMF No. 47 en Villahermosa, Tabasco.

c Med. Esp. en Medicina Familiar en la UMF No. 47 en Villahermosa, Tabasco.

**Introducción:** Pese a los esfuerzos del sector salud en la lucha contra la mortalidad por cáncer de cuello uterino, se ha demostrado un ligero incremento del 0.72% pasando de 13.7 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, en el año 2018, a 13.8 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, en el año 2020.

**Objetivo:** Determinar la relación de las características clínico-epidemiológicas con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Villahermosa, Tabasco.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y analítico, con 46 pacientes de 19 a 75 años de la Unidad Médica Familiar No. 47 de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, durante el periodo julio a diciembre de 2021. Se utilizó el instrumento EORTC QLQ-C30 Versión 3.0. Para el análisis estadístico se eligió el programa SPSS v.29. Se realizaron análisis univariados para obtener las frecuencias y proporción de las variables, posteriormente se efectuó un análisis bivariado a través de tablas de contingencia (cruzadas) y se utilizó la herramienta no paramétrica denominada Chi-Cuadrada a efecto de determinar la significancia entre variables.

**Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue de 59 años (DE: 1.94), la vida sexual activa antes de los 19 años fue de 32 mujeres (69.6%), 35 mujeres (76.1%) de las mujeres fueron diagnosticadas con VPH. En cuanto a la calidad de vida 19 mujeres (41.3%) conservaron la escala de salud global, respecto al área funcional, 15 mujeres (33%) no consideraron afectación, y 8 mujeres (17%) se encontraron asintomáticas, en la escala económica, 18 mujeres (39%) se encontraron sin afectación. Por último, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el empleo y la escala de salud global ( $p=0.005$ ), anticonceptivos sistémicos y el área funcional ( $p=0.014$ ), la diabetes con los síntomas, funcionamiento ( $p=0.000$ ), náuseas y vómito con la funcionalidad ( $p=0.001$ ) y la afectación sintomática con la escala económica ( $p=0.003$ )

**Conclusión:** Factores epidemiológicos como la ocupación, el método de planificación familiar, las comorbilidades así como las manifestaciones clínicas gastrointestinales y generales, influyen directamente en la calidad de vida de las pacientes con cáncer cervicouterino.

**Palabras clave:** *cáncer de cuello uterino, calidad de vida, citología, vph.*



## ABSTRACT

### **Clinical-epidemiological characterization and its relationship with the Quality of Life in Patients with Cervical Cancer of Family Medicine Unit Number 47**

Nallely de Jesús Cerna Cerino <sup>a</sup>, Guadalupe Montserrat Domínguez <sup>b</sup>, Judith Carolina Ortiz Chable <sup>c</sup>

a Third-year resident of Family Medicine at family medicine unit number 47 in Villahermosa, Tabasco.

b Medical specialist in Family Medicine at family medicine unit number 47 in Villahermosa, Tabasco.

c Medical specialist in Family Medicine at family medicine unit number 47 in Villahermosa, Tabasco.

**Introduction:** Despite the efforts of the health sector in the fight against mortality from cervical cancer, a slight increase of 0.72% has been shown, going from 13.7 per 100,000 women aged 25 years and over, in 2018, to 13.8 per 100,000 women aged 25 and over, in the year 2020.

**Objective:** To determine the relationship of the clinical-epidemiological characteristics with the quality of life in patients with cervical cancer in the Family Medicine Unit No. 47 of the Mexican Social Security Institute, in Villahermosa, Tabasco. **Material and methods:** Retrospective, cross-sectional and analytical study, with 46 patients from 19 to 75 years of age from the Family Medical Unit No. 47 of the city of Villahermosa, Tabasco, during the period July to December 2021. The EORTC QLQ instrument was used. -C30 Version 3.0. For the statistical analysis, the SPSS v.29 program was chosen. Univariate analyzes were carried out to obtain the frequencies and proportion of the variables, then a bivariate analysis was carried out through contingency tables (crossed) and the non-parametric tool called Chi-Square was used to determine the significance between variables.

**Results:** the average age of the patients was 59 years (SD: 1.94), the active sexual life before the age of 19 was 32 women (69.6%), 35 women (76.1%) of the women were diagnosed with HPV. Regarding quality of life, 19 women (41.3%) maintained the global health scale, regarding the functional area, 15 women (33%) did not consider it affected, and 8 women (17%) were asymptomatic, on the economic scale, 18 women (39%) were found to be unaffected. Finally, a statistically significant association was found between employment and the global health scale ( $p=0.005$ ), systemic contraceptives and functional area ( $p=0.014$ ), diabetes with symptoms, functioning ( $p=0.000$ ), nausea and vomiting with functionality ( $p=0.001$ ) and symptomatic affection with the economic scale ( $p=0.003$ )

**Conclusion:** Epidemiological factors such as occupation, family planning method, comorbidities as well as gastrointestinal and general clinical manifestations directly influence the quality of life of patients with cervical cancer.

**Keywords:** *cervical cancer, quality of life, cytology, papillomavirus.*



## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Ramírez y Salvo (2022), el cáncer de cuello uterino o también llamado cáncer cervical, tiene lugar en el exocervix o en el endocervix. Y casi todos los cánceres de cuello uterino son producidos por la infección por el virus del papiloma humano. <sup>(1)</sup> Cerca del 85% de la totalidad de casos de cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas que se desarrollan en las células planas y de apariencia cutánea en la superficie del cuello uterino, mientras que el resto de neoplasias son adenocarcinomas que progresan en las células glandulares. <sup>(1)</sup>

Por otro lado, el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar de cáncer genital debido a su frecuencia, siendo el que predomina en mujeres jóvenes. Cabe mencionar que la edad promedio para su diagnóstico es a partir de los 50 años, mientras que la mayor proporción de diagnóstico se da en mujeres de 35 a 44 años. <sup>(1)</sup> Además, la prevalencia del diagnóstico de cáncer de cuello uterino y la mortalidad por esta misma causa afecta más a los países con ingresos bajos y medianos que en países de altos ingresos, ejemplo de ello, son las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el África subsahariana, así mismo, este tipo de cáncer ocupa el primer lugar como causa de muerte en 36 países. <sup>(1)</sup>

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar de todas las neoplasias debido a su alta frecuencia en las mujeres, que en el año 2020 generó 604 000 nuevos casos con 342 000 muertes tan solo en países de bajos y medianos ingresos. <sup>(2)</sup> El virus del papiloma humano (VPH) es responsable de casi la mitad de las lesiones precancerosas en el cuello uterino, principalmente los serotipos número 16 y número 18. Cabe señalar que la principal vía de transmisión del VPH es la sexual pese a que existe tratamiento para el control más no para la erradicación. <sup>(2)</sup>



## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Marco referencial.**

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) constituye un problema de salud por su alta incidencia y mortalidad, siendo la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres. <sup>(3)</sup>

Aunque el pronóstico ha mejorado al elevarse la tasa de supervivencia, el proceso de diagnóstico y tratamiento así como las complicaciones tienen importantes repercusiones en la vida familiar. <sup>(4)</sup>

Esta enfermedad produce una gran incertidumbre acompañada de sentimientos de falta de control sobre la vida en pacientes diagnosticadas, distinguiéndose sentimientos de soledad, miedo, temor y falta de recursos frente a una situación de crisis. <sup>(5)</sup>

Algunos estudios concluyen que son insuficientes los esfuerzos dedicados a mejorar el estado general de salud y la calidad de vida (CV) de las mujeres con CaCu. <sup>(6)</sup>

La amenaza a la propia existencia, el sentido de incertidumbre, la falta de control que provoca el diagnóstico de cáncer, los cambios corporales propios de la cirugía, los síntomas derivados de otros tratamientos y los cambios en los estilos de vida así como las repercusiones que el proceso tiene en el entorno socio-familiar y laboral, lo definen como uno de los problemas de mayor impacto en la salud. <sup>(7)</sup>

### **2.2. Marco Conceptual.**

#### **2.2.1. Etiología**

El Cáncer es una formación celular del organismo que trabajan de forma anómala donde los procesos fisiológicos que tienen lugar en los tejidos normales están fuera de control, consecuencia de dos procesos: el aumento de la proliferación de un



grupo de células, dando lugar al tumor o neoplasia, y por otra parte, la adquisición de estas células de invadir otros tejidos u órganos. Al tener lugar el primer proceso, se diagnostica como un tumor benigno cuya curación completa por extirpación quirúrgica no suele ser un problema. En cambio, sí las células de un tumor son capaces de deformarse, invadir los tejidos circundantes o los distantes a través del torrente sanguíneo o linfático formando metástasis, se trata de un tumor maligno o cáncer. <sup>(7)</sup>

### **2.2.2. Fisiopatología.**

Para desarrollar el Cáncer de Cérvix se necesita pasar necesariamente por una fase “precancerosa”, es decir, las células del cuello uterino debieron experimentar anomalías en su forma o tamaño para seguir creciendo en forma descontrolada y a eso es lo que hoy se le llama displasia del cuello uterino. <sup>(8)</sup>

En esta fase se pueden decidir conductas de tratamiento con el fin de prevenir el desarrollo de cáncer de cuello uterino. <sup>(9)</sup>

El Cáncer de Cérvix se origina como una displasia local, con un desarrollo exponencial y sin control de células cancerígenas que pueden condicionar extensión a otras regiones, lo que se denomina metástasis. <sup>(10)</sup>

El riesgo de desarrollar CaCu se debe principalmente a la infección genital por VPH. Como enfermedad de transmisión sexual, el factor de riesgo más importantes de contraer una infección genital es la promiscuidad. <sup>(11)</sup>

La edad es un factor importante demostrando que la prevalencia de infectarse inicia en mujeres de 18 y 30 años, después de esta edad la prevalencia disminuye. Esto argumenta que la infección es temprana y la progresión del CaCu es lenta. <sup>(12)</sup>

La persistencia viral es común entre los serotipos oncogénicos del alto riesgo (16 y 18) y la razón por la cual inicia la progresión del CaCu, ya que estos virus persisten afectando el ciclo celular e inmortalizan queratinocitos. <sup>(13)</sup>



El uso prolongado de anticonceptivos orales está asociado a que la infección sea persistente, induciendo la respuesta del locus controlador de la región (LCR) que se encuentra en el genoma viral, esta región interactúa con glucocorticoides como la progesterona, componente activo de los anticonceptivos. <sup>(14)</sup>

Otro factor incluye la predisposición genética del individuo hacia la infección vírica. Representa el 27% de los factores subyacentes al desarrollo del tumor. Este factor afecta al individuo a su capacidad de resolver y erradicar la infección. <sup>(15)</sup>

### **2.2.3. Signos y síntomas.**

Es posible que el cáncer de cuello uterino en estadio temprano no cause signos ni síntomas perceptibles. El CaCu puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado. Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado pueden ser: <sup>(16)</sup>

- Anorexia
- Pérdida de peso
- Dolor en la pelvis
- Mialgias y artralgias
- Síndrome Constitucional
- Fatiga
- Hiporexia
- Sangrado transvaginal muy abundante y constante
- Fístulas recto-vaginales



#### 2.2.4. Diagnóstico.

Para diagnosticar un cáncer de cuello uterino, se pueden utilizar los siguientes procedimientos: (17, 18, 19)

- Antecedentes y examen físico.
  - Examen pélvico.
  - Citología del cuello uterino (frotis de Papanicolaou).
  - Prueba del VPH.
  - Legrado endocervical.
  - Colposcopia.
  - Biopsia.

#### 2.2.5. Pronóstico.

El pronóstico de las pacientes con CaCu depende, en gran medida, del estadio en el que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico. Más del 90 % de los casos de cáncer de cuello uterino se pueden detectar de manera temprana mediante la prueba de Papanicolaou (PAP) y del VPH. (19)

Pese a lo anterior, cerca de 33 % de las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa no se realizan las pruebas de PAP y VPH, lo que produce una tasa de mortalidad más alta de lo previsto. (20)

Los dos tipos de cáncer de cuello uterino más frecuentes son: El carcinoma de células escamosas o epidermoide presentado un 80-90% de los cánceres de cuello uterino; en segundo lugar el adenocarcinoma que constituye un 10-20% de los cánceres de cuello uterino. (21)



Las técnicas de detección oportuna han disminuido la mortalidad, principalmente del carcinoma de células escamosas; sin embargo, la prevalencia del adenocarcinoma no ha tenido un impacto significativo con la realización del Papanicolaou. <sup>(22)</sup>

### ***Tipos de cáncer cervicouterino***

- Carcinoma de células escamosas del cérvix.

Éstos son a su vez clasificados en queratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrugosos verdaderos en el cérvix son raros. <sup>(23)</sup>

- Adenocarcinoma cervical

Son menos frecuentes y a pesar de que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Típicamente surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, algunas veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix. Además, existen otras variantes histológicas que incluyen el carcinoma endometrio, villoglandular, mesonéfrico seroso, tipo intestinal y en anillo de sello. El adenocarcinoma de células claras del cérvix es asociado con la exposición in útero al dietilelbestrol diagnosticado en mujeres jóvenes, se ha asociado a células de apariencia benigna, tiende a ser recurrente. <sup>(23)</sup>



- Carcinoma Adenoescamoso.

Consiste en un componente glandular y escamoso maligno, ocupando aproximadamente la tercera parte de los carcinomas cervicales con diferenciación glandular, es pobremente diferenciado, algunas veces se asocia a eosinofilia, de crecimiento rápido, con una diseminación regional temprana y un incrementado riesgo de recurrencia después de la terapia quirúrgica o radioterapia. <sup>(23)</sup>

- Tumores neuroendocrinos del cérvix.

Se dividen en tumores carcinoides típicos y atípicos, en carcinomas neuroendocrinos de células grandes o de células pequeñas y en carcinoma de células pequeñas no diferenciado. Son similares a los que aparecen en pulmón o tubo digestivo. Los carcinomas de células pequeñas no diferenciados son histológicamente similares al carcinoma de células anaplásicas del pulmón. Estos tumores son agresivos, con metástasis a distancia, incluyendo hueso, hígado, piel y otros sitios. Las metástasis cerebrales pueden ocurrir en la enfermedad avanzada, pero usualmente son precedidas por metástasis pulmonares. <sup>(22, 23)</sup>

### ***Estadios en Cáncer cervicouterino***

Para estadificar se utiliza la clasificación International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) que consta de los siguientes estadios: <sup>(24)</sup>

Estadio I: Es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

Estadio IA: carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer.

*Estadio IA1:* invasión medida del estroma 3 mm o menos de profundidad y 7 mm menos de diámetro.

*Estadio IA2:* invasión medida del estroma más de 3 mm pero 5 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.



Estadio IB: La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm\* y no más de 7 mm de ancho. [Nota: \*la profundidad de la invasión debe ser 5 mm o menos desde la base del epitelio, ya sea que se origina en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular, ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación).

- *Estadio IB*: lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones pre clínicas de mayor extensión que el estadio IA.
- *Estadio IB1*: lesiones clínicas 4 cm o menos de tamaño.
- *Estadio IB2*: lesiones clínicas con tamaños mayores de 4 cm.

Estadio II: En el estadio II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega a la sección tercia inferior.

- Estadio IIA: no hay complicación obvia del parametrio, hasta dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.
- Estadio IIB: complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Estadio III: Implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica o implica el tercio inferior de la vagina. Acorde al examen rectal, no hay espacio sin cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

- Estadio IIIA: Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.
- Estadio IIIB: Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.



- Estadio IV: Implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal.
- Estadio IVA: Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
- Estadio IVB: Propagación a órganos distantes

### **2.2.6. Tratamiento.**

Los tratamientos estándares para los pacientes con cáncer del cuello uterino incluyen Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia o la combinación de algunos y ello dependerá del estadio de la enfermedad<sup>(25)</sup>; Puede requerir hospitalización, aunque existe otro que se trata ambulatoriamente. El tratamiento del cáncer cervical depende de la etapa o estadio del cáncer, tamaño y forma del tumor, la edad y salud general de la mujer o su deseo de tener hijos en el futuro. <sup>(26)</sup>

Existen estigmas asociado al cáncer de cérvix; por ejemplo, aquellas mujeres que lo padecen se sienten avergonzadas, dado que frecuentemente su aparición se asocia a una infección vírica que se transmite a través del contacto sexual o bien, se relaciona con la promiscuidad. Ello lleva a que la paciente pueda inhibirse y evite compartir las preocupaciones acerca de la enfermedad.<sup>(27)</sup>

### **2.3. Calidad de vida.**

La calidad de vida es la percepción que tiene el paciente en las circunstancias en que se encuentre, los valores que se desarrolle, la satisfacción a sus necesidades, además de su bienestar; la salud tanto física como mental se verán afectados por la enfermedad y el tipo de tratamiento del cáncer al que son sometidas. Es de suma importancia la manera en que las pacientes afrontan esta situación, sin embargo depende en gran medida de la resolución de los problemas, expectativas, estado emocional y del entorno para poder compensar cualquier tipo de daño percibido. <sup>(28)</sup>



La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de acuerdo con Schwartzmann reconoce esencialmente que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. <sup>(29)</sup>

La CVRS, aunque se analiza generalmente desde un enfoque clínico postratamiento para valorar los resultados de las intervenciones, también permite realizar un análisis muy importante no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona después de un diagnóstico, por ejemplo de cáncer, mostrando una nueva preocupación ya no sólo por la eliminación de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. <sup>(30)</sup>

Las dimensiones que en forma integral comprenden la calidad de vida son: <sup>(31)</sup>

- Dimensión Física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento.
- Dimensión Psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro.
- Dimensión Social: Es la percepción que el individuo tiene de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social.

### **2.3.1. Calidad de vida en pacientes con Cáncer de Cuello Cervicouterino.**

A pesar de que en la actualidad no hay un consenso sobre las dimensiones que componen la CV en paciente con cáncer cervicouterino, el funcionamiento psicológico, en especial el estado de ánimo y el funcionamiento social, que se refiere a la interacción con las otras personas de la comunidad, se ven limitados durante el



proceso de la enfermedad. Es por ello que es fundamental señalar las principales afectaciones a este nivel. <sup>(32)</sup>

### **2.3.2. Dimensión Psicológica.**

El Cáncer Cervicouterino es la neoplasia que reporta el mayor índice de depresión y en comparación con otros cánceres, como el de mama y endometrio, es el que reporta el mayor impacto emocional negativo. Sin embargo, considerando que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento contribuyen a que estén en promedio más años libres de enfermedad, la amenaza de la recidiva contribuye a la depresión y ansiedad.

### **2.3.3. Dimensión social.**

El Cáncer cervicouterino al estar relacionado con la promiscuidad trae como consecuencia un estigma social que provoca en la mujer aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión, el apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un adecuado y eficaz afrontamiento, así como una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación.

### **2.3.4. Dimensión sexual.**

Al ser el CaCu un cáncer ginecológico resulta evidente que la dimensión sexual pueda ser la más afectada. Esta dimensión se afecta fundamentalmente por el tipo de tratamiento utilizado; la quimioterapia, se describe como la modalidad de tratamiento que más altera el aspecto físico, produciendo disfunción sexual persistente durante los dos años posteriores.

## **2.4. Epidemiología.**

El cáncer de cuello uterino es la cuarta neoplasia más frecuente en la población mundial y la tercera más frecuente entre las mujeres con un estimado de 528 mil



nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo; varía desde 4.4 en África Oriental, hasta 4.7 por 100,000 mujeres en Asia occidental (Medio oriente).<sup>(33)</sup>

Es también una importante causa de muerte por tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. Las tasas de mortalidad que van de 2 en Asia Occidental a 27.6 defunciones por 100,000 mujeres en África Oriental.<sup>(34)</sup>

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, misma que puede ser asintomática por largos periodos de tiempo. Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino, y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar cáncer cervicouterino.<sup>(35)</sup>

El cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.<sup>(36)</sup>

En México desde 2020 el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2018, se registraron 3,784 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 7.0 defunciones por 100,000 mujeres.<sup>(37)</sup>

En el grupo específico de mujeres mayores de 25 años, se registraron 3,771 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años. Las entidades con



mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son: Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4).<sup>(38)</sup>

En los últimos 10 años Tabasco ha logrado disminuir la muerte por cáncer cervicouterino con una tasa de mortalidad del 39 por ciento para el año 2022, a pesar de ello, al menos 35 mujeres pierden la vida a causa de este padecimiento anualmente.<sup>(39)</sup>

## 2.5. Estudios relacionados.

El estudio de **Razo Huamani y Tomanguillo Vásquez**, realizado en Lima, Perú en 2017; titulado “Calidad de vida en pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima. Perú”, con el objetivo de comparar la calidad de vida (CV) en mujeres sobrevivientes de cáncer de cuello uterino de acuerdo con el estadio en el momento del diagnóstico. Material y métodos: se realizó un estudio de corte transversal analítico en mujeres que acudieron a los consultorios externos del servicio de ginecología oncológica de un hospital de referencia nacional del Seguro Social en Salud en Perú. Las participantes se dividieron en dos grupos: grupo A, formado por mujeres con antecedentes de estadio I y grupo B, conformado por mujeres con estadios II y III. La calidad de vida se midió con los cuestionario EORTC QLQ-C30 Y QLQ-CX24, también se midieron las variables sociodemográficas y clínicas. Resultados: el grupo A y B estaban conformados por 59 y 61 mujeres, respectivamente. La edad media de la sobrevivientes del grupo A fue de 51.4 años ( $\pm 7.9$ ) y del grupo B de 55.7 años ( $\pm 8.9$ ), en cuanto al nivel educativo el grupo A tuvo 8.5% de analfabetos, mientras que en el grupo B 27.9% eran analfabetas, en cuanto a la calidad de vida los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-24 fueron diferentes estadísticamente ( $p < 0,05$ ) entre los grupo de estudio. Conclusiones: la calidad de vida de las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino tiene mayor deterioro en mujeres cuyo estadio al diagnóstico fue de II y III. Se sugiere una valoración médica integral e intervenciones médicas.<sup>(40)</sup>



El estudio de **Cerda Nárez**, realizado en Aguascalientes, México en 2018; titulado “Calidad de vida en pacientes con cáncer cérvico-uterino del Hospital de la Mujer de Aguascalientes”; con el objetivo de: determinar la calidad de vida en pacientes con cáncer cérvico-uterino del Hospital de la Mujer. Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se seleccionaron a las pacientes con diagnóstico confirmado por histopatología de cáncer cervicouterino, a quienes se les aplicó los instrumentos EORTC QLQ-C30 versión 3 y EORTC QLQ-CX24 en la consulta externa de ginecología del Hospital de la Mujer en el estado de Aguascalientes, así como, a la pacientes que se localizaron vía telefónica diagnosticadas con cáncer cervicouterino en los años 2016 y 2017 respectivamente. Resultados: se analizaron 54 pacientes, con una edad promedio  $42.27 \pm 12$  años, en promedio 4 embarazos, 3 partos, 1 cesárea y 1 aborto, la edad de inicio de vida sexual fue a los 18 años de edad, sólo el 7.4% estudio licenciatura, el 53.7% estaba casada, el 55.6% tenía un estatus socioeconómico medio, el 85.2% se le había realizado citología anualmente, según el estadio del tipo de cáncer el 57.4% tuvo 1B1, en el 11.1% fue in situ y en el 31.5% fue de tipo 1B2, en torno al tratamiento el 40.8% se les realizo colposcopia, LEEP y conización, en el 20.3% se les realizó histerectomía, en el 25.9% quimioterapia y en el 13% radioterapia. Las pacientes con cáncer cervicouterino in situ tuvieron mejor calidad de vida ( $p=0.029$ ). Conclusión: las pacientes estudiadas tuvieron buena calidad de vida, probablemente por el tipo de estadio de cáncer cervicouterino localizado en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. <sup>(41)</sup>

El estudio de **Castillo-Ávila y cols.**, realizado en Cartagena, Colombia en 2015; titulado “Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012”; con el objetivo de: determinar la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino de la ciudad de Cartagena (Colombia). Material y métodos: estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 106 mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino, se utilizaron dos cuestionarios: el EORTC QLQ-C30 y el QOL-CX24. Se midieron las algunas variables



sociodemográficas, así como la calidad de vida. Resultados: la edad promedio de las pacientes fue de 41.3 años (DE: 12.5). Los aspectos más afectados de la calidad de vida estuvieron relacionados con sus actividades sociales (51,9%), los estratos funcional y físico, la interferencia del tratamiento en su vida familiar (48,1%), y los problemas económicos causados por la enfermedad (47,2%). En la función psicológica, (87,7%) de las mujeres se han sentido preocupadas por su enfermedad. Mientras que la escala específica QOL-CX-24 encontró que, en la dimensión sexual, el (70,7%) han tenido molestias o irritación vaginal que interfirieron en su desempeño. Conclusión: el cáncer de cuello uterino afecta de manera importante la calidad de vida de las pacientes que lo padecen. <sup>(42)</sup>

El estudio de **Rodríguez y Morales Castillo**, realizado en Puebla México en 2015; titulado “Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer”; con el objetivo de: describir el apoyo social de las personas que padecen cáncer y la relación con la calidad de vida. Material y métodos: estudio descriptivo correlacional de alcance transversal, muestreo no probabilístico, en 132 personas diagnosticadas con cáncer, a quienes se les aplicó el cuestionario de Apoyo Social en Pacientes con Cáncer y el instrumento de Evaluación Subjetiva de la Calidad de Vida. Resultados: La edad promedio de los adultos con cáncer, fue de 50.49 años  $\pm$  13.65, predominó el género femenino (76%). Los tipos de cáncer fueron cáncer de mama (40%), cáncer cervicouterino (19%), otros tipos de cáncer (41%). El 65% estuvo con tratamiento de quimioterapia. La media del apoyo social y la calidad de vida presentaron una relación débil ( $r=.28^{**}$ ,  $p=.001$ ), positiva y significativa. Conclusión: El cáncer afecta más a mujeres, sobresaliendo el cáncer de mama. Se encontró relación entre el apoyo social y la calidad de vida. Debido muy probablemente a que los adultos se ven fortalecidos por las redes de apoyo social (seguridad social, familiares y amigos), y refieren buena calidad de vida. Lo que indica que a mayor apoyo social mayor calidad de vida. <sup>(43)</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de Cáncer Cervicouterino se ha incrementado a 18.1 millones de casos nuevos en el año 2020, según del Informe del Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2018, con estimaciones del International Agency for Research on Cancer (IARC). Las tasas de incidencia más altas se observan en América del Norte, el norte y oeste de Europa (especialmente en Dinamarca y los Países Bajos) y Australia/Nueva Zelanda, con Hungría encabezando la lista. Con un estimado de 570,000 casos y 311,000 muertes en 2018 en todo el mundo, esta enfermedad se ubica como el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia y la tercera causa principal de muerte por neoplasias en las mujeres. <sup>(6)</sup>

Se estima que cada año existen 569,847 nuevos casos diagnosticados de Cáncer Cervicouterino, de los cuales, 85% se registran en países en vías de desarrollo. El 47% de muertes por cáncer se produjeron en América Latina y el Caribe, donde el cáncer de cérvix alcanzó una tasa de mortalidad 3 veces más alta que en Norteamérica. <sup>(8)</sup>

Según INEGI en México, en la última década se incrementó en 31% el número de pacientes diagnosticados con cáncer de cérvix, 15 casos se detectaron diariamente y entre seis a ocho mujeres mueren todos los días como consecuencia de dicha enfermedad. <sup>(13)</sup>

De acuerdo a la información de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en el año 2020 la distribución de los casos de cáncer de cuello uterino con relación al grupo de edad, muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años de edad quien registra el mayor porcentaje con un 22.2% de todos los casos para el año 2017; cabe destacar que la tasa para este grupo de edad es de 15 por cada 100,000 mujeres de 25 años de edad y más. La positividad por el Virus de Papiloma Humano para el año 2017 fue de 10.3%. Las entidades federativas que registraron el mayor índice fueron los estados de Sonora con 13.9%,



Veracruz con 12.6%, Coahuila con 12.3%, Nuevo León con 12.2% y Yucatán con 12.1%.<sup>(13)</sup>

El 77.5% de los serotipos reportados de VPH son de alto riesgo, de los cuales un 10.1% corresponden al serotipo 16 y un 4.2% al serotipo 18; el resto de los pacientes presentan coinfección. Con relación con la clasificación histológica, el 68.5% de los cánceres registrados corresponden a carcinoma epidermoide invasor, un 11.8% a carcinoma epidermoide microinvasor, un 10.5% a adenocarcinoma endocervical in situ, un 3.9% a adenocarcinoma endocervical invasor y el resto se encuentran asociados a otros tipos histológicos.<sup>(10)</sup>

De acuerdo con la clasificación por estadios clínicos y de conformidad con el registro de información de cáncer de la mujer, el 10.8% corresponden a carcinoma in situ, el 20.3% a etapas tempranas, el 38% a etapas intermedia y el resto de los tumores a etapas tardías.<sup>5</sup>

En Tabasco, el cáncer invasivo de cérvix ocupó el segundo lugar de los cánceres más frecuentes en las mujeres.<sup>(17)</sup>

En ese sentido, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino muestra un crecimiento del 0.72% en el grupo de mujeres de más de 25 años, pasando de una tasa de mortalidad de 13.7 casos por cada 100,00 habitantes en el año 2018 a 13.8 casos por cada 100 mil mujeres para el año 2020. Los municipios con mayor mortalidad por este padecimiento son Centro 20.2, Tenosique 17.57, Cárdenas 16.49 y Tacotalpa 16.28<sup>(17)</sup>

Las pacientes con diagnóstico de CaCu ven afectadas drásticamente su entorno biopsicosocial, como se documenta en múltiples investigaciones en las que se reporta afectación de la calidad de vida antes y después del tratamiento para el cáncer, al ser significativamente mejor después de haber sido iniciado y demostrando mejoría en la función emocional, en el rol de género y el entorno social.

<sup>(19)</sup>



Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación de las características clínico-epidemiológicas y la calidad de vida de pacientes con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No 47?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## **4. JUSTIFICACIÓN**

### **4.1. Magnitud.**

El cáncer cervicouterino es un gran problema de salud pública, una de cada mil mujeres entre 30 a 54 años lo desarrolla, el 88% de las pacientes en países en vías de desarrollo muere a causa de cáncer de cuello uterino. La supervivencia a 5 años en todas las etapas es del 71%, la criocirugía es el método más sencillo mínimamente invasivo, de bajo costo y con resultados satisfactorios. Tanto el diagnóstico, el tratamiento y el postquirúrgico implican cambios emocionales y gran impacto en el paciente tanto en el aspecto social, físico y mental. A nivel mundial, el cáncer del cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2018 hubo 570,000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el año 2030. En México en el año 2018 se registraron 306,675 defunciones en mujeres, de las cuales 42,891 (13.9%) correspondieron a tumores malignos. De las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres, el cáncer de mama y el cuello uterino representan el 25% de todas las defunciones por cáncer, es decir, 1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas se debe a cáncer de cuello uterino.

### **4.2. Transcendencia.**

En trabajadoras con seguridad social se ha informado una tasa de mortalidad por CaCu de 4.4 casos por cada 100,000 habitantes con lo que representa la primera causa de muerte entre trabajadoras aseguradas. El CaCu afecta a una cantidad importante de mujeres en edad productiva, ocasionando un deterioro en su calidad de vida y en su capacidad laboral. A pesar de las estrategias preventivas llevadas a cabo, muchas veces el tiempo invertido en las propias actividades laborales pueden interferir en el acceso oportuno a programas de prevención, de diagnóstico y tratamiento, condicionando un diagnóstico tardío y como consecuencia, generando



enormes gastos por la atención médica e inclusive, a la misma Institución por pagos de incapacidad.

#### **4.3. Vulnerabilidad.**

Existen programas de diagnóstico oportuno, a pesar de ello existe poca respuesta por parte de la población a acudir a los centros de tamizaje. Al ser una enfermedad silenciosa se detecta en etapas avanzadas aumentando el costo de la atención y afectando la calidad de vida de las pacientes derivado de los tratamientos que en etapas más avanzada son proporcionalmente más agresivos e invasivos; por ello los investigadores nos centramos en la posibilidad de que este estudio pueda ser tomado como base para demostrar que el tamizaje, seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, son una estrategia costo-efectiva de prevención conservando la calidad de vida de las pacientes.

#### **4.4. Factibilidad.**

La posibilidad de realizar este estudio radica en que se cuenta con registros completos de pacientes con CaCu pertenecientes a la UMF No. 47 a través de la plataforma RIC, que son diagnosticadas y enviadas al siguiente nivel de atención. Así mismo, el recurso humano necesario para efectuar la recolección y análisis de datos será a través del propio investigador, con recursos materiales que se encuentran disponibles en el Instituto Mexicano del Seguro Social por lo que no genera gasto de bolsillo adicional.

#### **4.5. Viabilidad.**

Conocer la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino de la población en estudio nos permitirá sugerir intervenciones encaminadas al aprovechamiento de los servicios ofertados en el primer nivel de atención. Esta investigación se encuentra apegada a los objetivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetando las políticas públicas y sin menoscabo en los derechos del paciente.



## **5. HIPÓTESIS**

### **5.1. Hipótesis de la investigación.**

Existe una relación entre la calidad de vida con las características clínico-epidemiológicas en las pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco.

### **5.2. Hipótesis nula.**

$H_0$  No existe una relación entre la calidad de vida con las características clínico-epidemiológicas en las pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco.

### **5.3. Hipótesis alterna.**

$H_a$  Existe una relación entre la calidad de vida con las características clínico-epidemiológicas en las pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco.



## **6. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **6.1. Objetivo general**

- Determinar la relación de las características clínico-epidemiológicas con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS en Villahermosa, Tabasco.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Conocer las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino.
- Conocer las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino.
- Evaluar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino.
- Evaluar la relación de la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino y las características clínico-epidemiológicas.



## **7. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **7.1. Diseño de investigación.**

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal y analítico.

### **7.2. Población.**

Se realizó en Villahermosa, Tabasco en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS durante el periodo del 15 de julio de 2015 al 31 de diciembre del 2021.

### **7.3. Muestra y muestreo.**

El universo de estudio estuvo conformado por las pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 47; en edades comprendidas entre los 19 a 75 años, con diagnóstico de CaCu y registradas en el sistema RIC.

N=46 pacientes.

El tipo de muestreo es no probabilístico a conveniencia del investigador.

### **7.4. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **7.4.1. Criterios de inclusión.**

- Mujeres de 19 a 75 años con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino establecido por medio de histopatología, registradas en el sistema RIC.
- Pacientes que deseen participar y nos proporcionen la información requerida.
- Pacientes que acudan a su control de seguimiento en la consulta externa.
- Pacientes que cuenten con al menos un número de teléfono en expediente electrónico.

#### **7.4.2. Criterios de exclusión.**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio



- Pacientes que no estén dentro del rango de edad
- Que no tenga control de seguimiento
- Pacientes sin registro en plataforma o no localizables.

#### **7.4.3. Criterios de eliminación.**

- Pacientes que decidan retirar su consentimiento de participación.

#### **7.5. Material/instrumentos.**

En la presente investigación se utilizó una ficha de datos sociodemográficas para conocer las variables clínico-epidemiológicas de las pacientes del estudio a conveniencia de los investigadores.

Así mismo, se utilizó el instrumento EORTC QLQ-C30 Versión 3.0 (Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento para el Cáncer). Esta herramienta es un instrumento que ha sido traducido y adaptado en 81 idiomas y ha sido utilizado en más de 3,000 estudios de todo el mundo. En la actualidad el test QLQ-C30 Versión 3.0 es la versión actualizada y validada en México en el año 2013 por el Instituto Nacional de Cancerología y esta versión es la que se debe utilizar para los nuevos estudios sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino.

(44)

La encuesta está constituida por 30 ítems, los cuales evalúan la funcionalidad, los síntomas y el estado de salud global. La escala funcional evalúa el funcionamiento físico, rol social, función emocional y cognitiva, para cada ítem solo existe una respuesta única posible: No, Un poco, Bastante o Mucho. La escala de síntomas evalúa cansancio, náuseas, vómitos, dolor, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico; para cada pregunta la respuesta única se elige al igual que en las escalas funcionales. (44)

Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score con la puntuación máxima para ponderarlo de 0 a 100 con cada escala y esto determinó



el nivel de impacto del cáncer en la calidad de vida de la paciente. Los valores altos en las escalas de Salud Globan indican una mejor CV, mientras que en el resto de las escalas a mayor puntaje, indican una disminución de CV ya que representa la presencia de sintomatología asociada al cáncer. <sup>(44)</sup>

**Tabla 1. Escalas de EORTC-QLQC30**

Escalas	Puntaje Ponderado	Interpretación
<b>Escala de Salud Global</b>	8 puntos	Buena
	≤7 punto	Mala
<b>Escala Funcional</b>	>45 puntos	Mala
	30-44 puntos	Regular
<b>Escala de Síntomas</b>	<29	Buena
	>26	Mala
<b>Escala de Impacto Económico</b>	<25 puntos	Buena
	3 puntos	Sin afectación
	>4	Afectación Económica

Fuente: EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 2001. Disponible en <http://www.eortc.be/home/qol>

La escala salud global se evalúa con la percepción de salud y de calidad de vida por la paciente; para cada ítem la respuesta única posible es la elección de una nota entre 1 y 4. El cuestionario pretende evaluar la información recibida por el paciente oncológico, el cual se puede encontrar en diferentes etapas de la enfermedad, del proceso del tratamiento y del seguimiento, por lo tanto, mide las dimensiones relacionadas con la enfermedad, el tratamiento o el cuidado. <sup>(44)</sup>

#### **7.6. Método de recolección de datos.**

Una vez aceptada la investigación por el comité local de ética e investigación en salud, se procedió a revisar los expedientes para localizar a la muestra de estudio, es decir, pacientes vivas con diagnóstico de cáncer cervicouterino que se encontraban en el registro nominal de pacientes de la plataforma RIC. Posteriormente mediante sus datos y manteniendo la confidencialidad se invitó a



participar en el estudio brindando la información necesaria para proceder a la firma del consentimiento informado; una vez efectuado esto se recolectaron los datos del expediente y el día de su cita a seguimiento se aplicó el instrumento para medir la calidad de vida.

En aquellas pacientes que no coincidió con la atención médica presencial, se procedió a contactar vía telefónica conforme los registros sociodemográficos del expediente clínico.

### **7.7. Proceso de recolección de datos.**

Para el desarrollo de este estudio, previa aprobación de SIRELCIS, la responsable del proyecto, la médico residente de tercer año, Nallely de Jesús Cerna Cerino invitó a las pacientes elegibles para el estudio de manera personal o mediante llamada telefónica a participar en el proyecto de investigación. A cada una se le explicaron los propósitos del estudio y una vez aceptada la participación, se le solicitó la firma del consentimiento informado. Finalmente, la médico residente de tercer año Nallely de Jesús Cerna Cerino aplicó el cuestionario de forma personal y por vía telefónica para recabar las variables de estudio que correspondan a la calidad de vida y a las clínico-epidemiológicas.

### **7.8. Estrategias de análisis.**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 26, compatible con el Sistema Operativo Windows 10 y MacBook Pro V.12.6.2, para elaborar la base de datos. Se realizaron análisis univariados para obtener las frecuencias y porcentajes de las variables, posteriormente se efectuó un análisis bivariado a través de tablas de contingencia (cruzadas) y se utilizó la herramienta no paramétrica denominada Chi-Cuadrada a efecto de determinar la significancia entre variables.



## 7.9. Operacionalización de las variables.

*Variable dependiente:*

Calidad de vida

*Variable Independiente:* Abortos, Anorexia, Anticonceptivos, Cáncer Cervicouterino, Cesáreas, Diagnóstico Citológico, Diarrea, Dolor, Edad, Embarazos, Escolaridad, Fatiga, Impacto Financiero, Índice de Masa Corporal, Inicio de vida sexual, Insomnio, Náusea, Partos, Tabaquismo, Tiempo de Evolución del Diagnóstico, Tiempo de Inicio del Tratamiento, Tratamiento del CaCu, Vómito, VPH.

### Cuadro de operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Unidad de medición	Estadística
Aborto	Interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad	Número de pérdidas gestacionales	Cuantitativa discontinua	1 = 0-1 2 = 2-3 3 = >3	Frecuencias Porcentaje
Anorexia	Trastorno de conducta alimentaria que causa que las personas pierdan más peso de lo que se considera saludable	Pérdida anormal del apetito.	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje
Anticonceptivo	Cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo.	Método que impide el embarazo	Cualitativa Ordinal	0 = Sin uso de anticonceptivo 1 = Anticonceptivo Hormonal 2 = Anticonceptivo No Hormonal	Frecuencias Porcentaje
Cesárea	Es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares	Cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados para la extracción del producto	Cuantitativa discontinua	1 = 0-1 2 = 2-3 3 = >3	Frecuencias Porcentaje
Diagnóstico citológico	Proceso en el que se identifica las células responsables de la enfermedad	Técnica utilizada para el tamizaje del CaCu	Cualitativa Ordinal	1= Satisfactorio 2= No Satisfactorio	Frecuencias Porcentaje
Diarrea	Deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas	Alteración intestinal que se caracteriza por la presencia de heces líquidas	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje
Dolor	Experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial	Sensación molesta y aflicta de una parte del cuerpo	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje



Edad	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha actual	Cantidad de años vividos por una persona	Cuantitativa Discontinua	1 = 19-26 2 = 27-34 3 = 35-42 4 = 43-50 5 = 51-58 6 = 59-66 7 = 67-74 8 = 75+	Frecuencias Porcentaje
Embarazo	Proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero	Cantidad de gestaciones	Cuantitativa discontinua	1 = 0-1 2 = 2-3 3 = >3	Frecuencias Porcentaje
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado Máximo de Estudios	Cualitativa Ordinal	0 = Analfabeta 1 = Sabe leer y escribir 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Preparatoria 5 = Universidad 6 = Posgrado	Frecuencias Porcentaje
Fatiga	Trastorno caracterizado por cansancio extremo e incapacidad para funcionar debido a la falta de energía	Sensación de agotamiento que se experimenta posterior a un esfuerzo físico	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje
Impacto financiero	Consecuencia que tiene un efecto en una posición financiera que no se puede controlar	Cambios en el estado financiero de una persona, ya sea negativo o positivo	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje
Índice de masa corporal	parámetro que expresa la relación entre la estatura del sujeto y su peso físico, cuya relación se determina para poder establecer si una persona tiene un peso considerado normal, o si se encuentra en el rango de sobrepeso u obesidad.	Es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros.	Cualitativa ordinal	1 = Normal (18.5 – 24.9) 2 = Sobrepeso (25 – 29.9) 3 = Obesidad grado I (30 – 34.9) 4 = Obesidad grado II (35 – 39.9) 5 = Obesidad grado III (Más de 40)	Frecuencias Porcentaje
Inicio vida sexual activa	Conjunto de conductas que efectúan usualmente dos personas con el propósito de proporcionar o recibir placer sexual por primera vez	Inicio en el que el ser humano es sexualmente activo	Cuantitativa discontinua	1 = Antes de los 19 años 2 = Después de los 20 años	Frecuencias Porcentaje
Insomnio	Trastorno en el cual hay dificultad para iniciar y/o mantener el sueño	Dificultad para conciliar el sueño al momento de dormir por las noches	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje
Náusea	Sensación de enfermedad o malestar en el estómago que puede aparecer con una necesidad imperiosa de vomitar	Sensación de malestar estomacal que precede al vómito	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencias Porcentaje
Parto	Serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix y la vagina hacia el exterior	Nacimientos por vía vaginal	Cuantitativa Discontinua	1 = 0-1 2 = 2-3 3 = >3	Frecuencias Porcentaje



Tabaquismo	Adicción crónica generada la nicotina contenida en el tabaco	Adicción al tabaco	Cuantitativa Dicotómica	0 = Sin riesgo 1 = <10 Riesgo nulo 2 = 10-20 Riesgo Moderado 3 = 21-40 Riesgo intenso 4 = >41 Riesgo alto	Frecuencias Porcentaje
Tiempo de evolución del diagnóstico	Tiempo que transcurre desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o diseminarse	Tiempo transcurrido desde que se efectúa el diagnóstico citológico	Cuantitativa Discontinua	1 = < de 1ª 2 = de 2ª-3ª 3 = de 3ª-5ª 4 = >5ª	Frecuencias Porcentaje
Tiempo de inicio de tratamiento	Conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una enfermedad	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio del CaCu	Cuantitativa Discontinua	1 = Meses 2 = Años	Frecuencias Porcentaje
Tratamiento del Cáncer cervicouterino	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio del CaCu	Conjunto de medios terapéuticos cuya finalidad es la curación o el alivio del CaCu	Cuantitativa Dicotómica	1 = Si 2 = No	Frecuencias Porcentaje
Virus del papiloma humano	Tipo de virus de transmisión sexual que causa la formación de tejido anormal (verrugas) y otros cambios en las células	Virus de transmisión sexual condicionado por el papiloma humano	Cuantitativa Dicotómica	1 = Si 2 = No	Frecuencias Porcentaje
Vómito	Expulsión forzada de contenido gástrico causada por contracción involuntaria de la musculatura abdominal	Expulsión involuntaria del contenido del estómago a través de la boca	Cualitativa Ordinal	1 = Nunca 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho	Frecuencia Proporción



## **7.10. Aspectos éticos.**

### **7.10.1. Declaración del Helsinki de la Asociación Médica Mundial.**

La investigación observó la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), o también llamada: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, la cual fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964. <sup>(45)</sup>

Especialmente en los artículos: **Principios generales**, párrafo 9. En la investigación médica, el médico debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes en la investigación. **Privacidad y confidencialidad**, párrafo 24. Ser precavido en el resguardo de la intimidad personal, participante en la investigación y la confidencialidad de su información personal. **Consentimiento informado**, párrafo 25. Los participantes deben ser capaces de firmar su consentimiento informado en la investigación médica. Párrafo 31. El médico debe informar que en caso de que el paciente decida no participar o abandonar el estudio, esto no tiene por qué afectar su relación médico-paciente. <sup>(45)</sup>

### **7.10.2. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.**

Por otro lado, la investigación estuvo sujeta al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1987, principalmente los artículos:

**Artículos 3.** La investigación para la salud implementa el desarrollo de acciones que mejoren: I. Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de los seres humanos, II. Conocimiento de las relaciones entre las causas de la enfermedad, la medicina y la sociedad y V. Estudio de las intervenciones y los métodos aplicados en la prestación de servicios de salud. **Artículo 13.** La investigación en la que los



seres humanos sean sujetos de estudio es primordial el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. **Artículo 16.** Las investigaciones con seres humanos deberán proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, la identificación sólo debe realizarse cuando los resultados lo ameritan o los individuos los autorice, y, por último, **Artículo 20.** El consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de estudio autoriza su participación en la investigación, siendo esta su decisión y sin recibir presiones de por medio. <sup>(46)</sup>

### **7.10.3. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.**

Además, la presente investigación se sujetó a la NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Debido a que esta norma es de observancia obligatoria para los profesionales de la salud, así como de las instituciones públicas, sociales y privadas, que realicen investigaciones para la salud en seres humanos.

El punto **4.3. Carta de consentimiento informado en materia de investigación,** se refiere al documento escrito y firmado por el investigador principal, el paciente, su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, a través del cual el sujeto de estudio acepta participar de forma voluntaria, después de haber recibido la información suficiente, clara y oportuna sobre los riesgos y beneficios que se esperan obtener. <sup>(47)</sup>

## **7.11. Aspectos administrativos.**

### **7.11.1. Recursos humanos.**

El presente estudio contó con investigadoras del IMSS las cuales cuentan con experiencia en la realización, asesoramiento y capacitación de protocolos de investigación en el área de la salud.



### 7.11.2. Recursos materiales.

Se contó con medio físico (auditorio), donde se citó a las pacientes, 1 computadora, instrumentos de evaluación y consentimientos informados. Todo se realizó de forma confidencial, respetando la privacidad de las pacientes que participaron en el estudio.

### 7.12. Financiamiento.

Los gastos necesarios para la presente investigación fueron proporcionados por la investigadora responsable. A continuación, se desglosan los gastos que se realizaron durante la ejecución de la presente tesis.

**Tabla 2. Recursos Materiales**

<b>Recursos materiales</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Total</b>
5 lapiceros	\$ 5.00	\$25.00
1 paquete de hojas blancas	\$80.00	\$800.00
15 lápices	\$ 5.00	\$75.00
1 engrapadora	\$ 30.00	\$ 30.00
1 caja de grapas	\$ 20.00	\$20.00
200 copias	\$0.50	\$100.00
Computadora Personal	\$15,000.00	\$15,000.00
Renta de internet	\$ 200.00	\$ 600.00
	<b>Total</b>	<b>\$ 16,650.00</b>

### 7.13. Factibilidad.

Se cuenta con los recursos humanos, físicos, y materiales necesarios para realizar el estudio, se cuenta con autorización del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 47. Por lo cual es factible porque no genera gasto del presupuesto IMSS y no repercute en el estado de salud en la población de estudio.



## 8. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación, iniciando con las características epidemiológicas, continúa con los antecedentes gineco-obstétricos y las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, después se evalúan la calidad de vida de las pacientes y se comparan la relación entre la calidad de vida y las características clínico-epidemiológicas.

Se verificó la confiabilidad y consistencia interna (alfa de Cronbach) del instrumento EORTC QLQ-C30 Versión 3.0 (Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento para el Cáncer), utilizado para realizar la presente investigación.

### 8.1. Características epidemiológicas de las pacientes con cáncer cervicouterino.

Se realizó el objetivo específico 1 *conocer las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino*, la muestra estuvo compuesta por n=46 mujeres de 19 a 75 años; 12 (26.1%) tenían estudios de secundaria y 10 (21.7%) tenían estudios de licenciatura.

Respecto al estado civil, 16 (34.8%) estaban en unión libre, y 10 (21.7) estaban separadas. En cuanto a la ocupación 13 (28.3%) estaban jubiladas y 11 (23.9%) eran profesionistas.

Por último, la edad de promedio de las pacientes fue de 59 años (DE: 1.94); los grupos de edad más frecuentes fueron: 13 mujeres de 59-66 años (28.3%) y 11 mujeres de 43-50 años (23.9%) (Tabla 1).



**Tabla 3. Características Epidemiológicas**

<b>Características epidemiológicas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Grado de estudios</b>		
Analfabeta	3	6.5
Primaria	10	21.7
Secundaria	12	26.1
Bachillerato	9	19.1
Licenciatura	10	21.7
Posgrado	2	4.3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	2	4.3
Casada	9	19.6
Unión libre	16	34.8
Separada	10	21.7
Viuda	9	19.6
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	7	15.2
Empleada	11	23.9
Profesionista	11	23.9
Obrera	4	8.7
Jubilada	13	28.3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Edad (19-75 años, DE = 1.94)</b>		
19-26 años	3	6.5
27-34 años	3	6.5
35-42 años	7	15.2
43-50 años	11	23.9
51-58 años	0	0
59-66 años	13	28.3
67-74 años	7	15.2
≥ 75 años	2	4.3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



## **8.2. Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con cáncer cervicouterino.**

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, iniciaron su vida sexual activa antes de los 19 años 32 mujeres (69.6%). Respecto al número de parejas sexuales 24 mujeres (52.2%) tuvieron más de 5. En cuanto al número de embarazo 20 mujeres (43.5%) tuvieron 2 embarazos.

Respecto a la resolución del embarazo, 11 mujeres (23.9%) tuvieron 3 partos eutócicos; 12 mujeres con cesárea (26.1%) y por último 5 (10.9%) mujeres tuvieron antecedentes de abortos (Tabla 2).

## **8.3. Características clínicas de las pacientes con cáncer cervicouterino.**

Para responder al objetivo específico 2 *conocer las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino* a través de frecuencias simples se efectuó un análisis de las manifestaciones clínicas más frecuentes presentadas en las muestra de estudio.

El 48% (n=22) de las pacientes presentaron adinamia y el 61% (n=28) astenia en la última semana previo a la aplicación del cuestionario. Así mismo, el 67% (n=31) presentó dolor relacionado con el padecimiento; de ellos este síntoma intervino en sus actividades cotidianas en el 41% (n=19)

Con relación a los síntomas gastrointestinales, el 67% (n=31) presentó náuseas, de los cuales el 63% (n=29) tuvieron intolerancia a la vía oral caracterizado por vómitos en diversas ocasiones; así mismo, el 58% (n=27) tuvo algún grado de anorexia. El 54% (n=25) presentaron estreñimiento, y por el contrario, el 57% (n=26) tuvieron diarrea.



En cuanto a las manifestaciones pulmonares, el 59% (n=27) tuvo algún grado de disnea caracterizado por la sensación de falta de aire, y el 61% (n=28) requirió detener las actividades que se encontraba realizando en ese momento para poder descansar.

**Tabla 4. Características Clínicas**

<b>Manifestaciones Clínicas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Adinamia	22	48%
Astenia	28	61%
Dolor	31	67%
Vomito	29	63%
Anorexia	27	58%
Estreñimiento	25	54%
Diarrea	26	57%
Disnea	27	59%
Requirió detener las actividades	28	61%

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022



#### 8.4. Calidad de vida de las pacientes con cáncer cervicouterino.

Para responder el objetivo específico 3. *evaluar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino*. Se obtuvieron los siguientes resultados: En la Escala de Síntomas, el 83% (n=38) de las pacientes encuestadas obtuvieron puntajes que las clasificaron como mala calidad de vida. Con relación a la Escala de Salud Global, 41% (n=19) se estadificaron como buena y excelente calidad de vida, toda vez que obtuvieron mas de 10 puntos en el cuestionario. En cuanto a la Escala Funcional, se documentó que el 33% (n=15) de los sujetos de estudios, conservaron una buena calidad de vida. Por otro lado, el 26% (n=12) de las pacientes se catalogaron como una calidad de vida regular y finalmente, el 41% (n=19) de la muestra, se estadificaron como mala calidad de vida. Con relación a la Escala de Impacto Económico relacionado con la calidad de vida en pacientes con Cancer Cervicouterino, el 39% (n=18) manifestaron no tener problemas a nivel económico; en contraposición, el 37% (n=17) refirieron tener serios problemas relacionados con la economía

**Tabla 5. Calidad de Vida**

Calidad de vida	f	%
<b>Escala de Salud Global</b>		
Buena	19	41
Mala	27	59
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Escala Funcional</b>		
Buena	15	33
Regular	12	26
Mala	19	41
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Escala de Síntomas</b>		
Buena	8	17
Mala	38	83
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>
<b>Escala de Impacto Económico</b>		
Nada	18	39
Regular	11	24
Mucho	17	37
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022



### 8.5 Evaluar la relación de la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino y las características clínico-epidemiológicas.

Se efectuó el análisis bivariado con la ayuda de tablas de contingencia (cruzadas). En aquellas que podrían tener relación se aplicó la prueba no paramétrica denominada Chi-Cuadrada, demostrando aquellas variables que encontraron relación estadísticamente significativas.

### 8.6 Características Epidemiológicas y la Relación con la Calidad de Vida

Con respecto al grado de estudios, observamos que de los 12 pacientes con escolaridad secundaria, el 50% (n=6) consideraron afectada el área funcional, con la escolaridad primaria el 60% (n=6) se consideraron sin afectación. En cuanto a la ocupación, las mujeres con actividades económicas como un empleo formal fueron las más afectadas en la escala de salud global con un 35% (n=6) del total, siendo estadísticamente significativa con un valor  $p=0.005$ .

**Tabla 6. Ocupación y Escala de Salud Global**

Ocupación	Mala Calidad		Buena Calidad		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ama de Casa	6	13	1	2	7	15
Empleada	16	35	10	22	26	57
Jubilada	7	15	6	13	13	28
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>63</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

En la variable edad, el grupo que consideró tener mayor afectación en la Escala de Síntomas es el de 59 a 66 años con 85% (n=11), sin embargo, con el grupo de 19 a 26 años, se obtuvo la misma percepción en el 100% (n=3) de las encuestadas, con una significancia estadística de  $p=0.06$ .

En el estado civil, de las 16 pacientes que tenían como estatus "Unión Libre", el 50% (n=8) calificó como mala calidad de vida en la escala funcional, sin estadística significativa ( $p: 0.554$ ), misma situación en la escala de salud global, en donde



observamos que el 33% (n=15) personas con pareja consideraron afectaciones en general y el 22% (n=10) se mostraron satisfechas con la calidad de vida.

En el inicio de vida sexual activa, 32 pacientes iniciaron vida sexual activa antes de los 19 años, de estos, el 72% (n=23) consideraron tener una mala calidad de vida en el estrato funcional, sin ser estadísticamente significativa y el 81% (n=26) tuvieron mayores síntomas, con un valor  $p=0.006$ .

**Tabla 7. Inicio de Vida Sexual Activa y Escala de Salud Global**

	Mala Calidad		Buena Calidad		Total	
	f	%	f	%	f	%
Antes de 19 años	23	72	9	28	32	100
Después de 19 años	4	28	10	72	14	100
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

Con relación al diagnóstico previo de infección del virus del papiloma humano, de las 35 pacientes (76%) portadoras, el 57% (n=20) calificaron como mala la calidad de vida en la escala de salud global, sin tener relación a si llevaron o no tratamiento y sin significancia estadística. Respecto al antecedente del método de planificación familiar, de las 17 pacientes que utilizaron métodos con base en hormonales sistémicos, el 71% (n=12) vieron afectada su capacidad funcional con un valor  $p=0.014$ , por lo que se considera estadísticamente significativo, lo anterior sin tener mayores síntomas y sin afectar la escala de salud global.

**Tabla 8. Método de Planificación Familiar y Escala Funcional**

	Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin Uso	2	4	2	4	6	13	10	22
Anticonceptivos hormonales	12	26	2	4	3	7	17	37
Anticonceptivos no hormonales	5	11	8	17	6	13	19	41
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>41</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



Con las enfermedades asociadas, se efectuó el cruce de variables con las dimensiones del cuestionario EORTC-QLQC30, se observa que la diabetes fué la enfermedad más prevalente con 13 casos que corresponde al 28% del total. De ellos, consideraron afectación tanto en la escala funcional como en la escala de síntomas y sobre todo, en la escala de salud global, sienta estadísticamente significativa con un valor  $p=0.000$ .

**Tabla 9. Comorbilidades**

	Mala Calidad		Regular Calidad		Buena Calidad		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ninguna	6	13	2	4	8	17	16	35
Diabetes	<b>13</b>	<b>28</b>	4	9	0	0	<b>17</b>	<b>37</b>
Hipertensión	0	0	6	13	7	15	13	28
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>41</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	46	100

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

### 8.7 Evaluar las relación de las Características Clínicas y la Relación con la Calidad de Vida

Con relación a las variables clínicas, la astenia, la adinamia y el dolor estuvo presente en el 84% de las pacientes ( $n=39$ ), de los cuales, el 52% ( $n=24$ ) presentaron afectación en la escala funcional con una significancia  $p=0.005$ ,  $p=0.03$  y  $p=0.001$  respectivamente.

**Tabla 10. Características Clínicas**

Astenia, Adinamia, Dolor	Mala Calidad	
	f	%
Si	<b>39</b>	<b>85</b>
No	7	15
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



**Tabla 11. Dolor con Escala Funcional**

Síntoma	Significancia Asintónica Bilateral
Astenia	0.005
Adinamia	0.030
Dolor	0.001

**Fuente:** Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022 y Análisis Bivariado con el SPSS V.28.

Más allá de ello, el dolor afectó las actividades diarias de 35 pacientes (n=76), y con ello un impacto negativo en la escala de salud global al estadificar como mala calidad de vida el 58% de las pacientes (n=27) pero sin estadística significativa.

En cuanto a las náuseas estuvo presente en el 76% de las pacientes (n=35), con afectación en la escala funcional, con una significancia de  $p=0.001$ . El vómito, se encontró en el 80% de las pacientes (n=37), con una significancia de  $p=0.002$ .

Finalmente, con la relación a la escala de síntomas del 83% (n=38) de los pacientes que muestran afectación en este rubro, 59% (n=27) manifiestan tener problemas económicos relacionados ya sea con el tratamiento o bien, con el diagnóstico con una significancia  $p=0.003$ .



### 8.8. Prueba de hipótesis nula

La hipótesis nula propuesta en la presente investigación es rechazada  $H_0$ , toda vez que si existe una relación entre la calidad de vida con las características clínico-epidemiológicas en las pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco, demostrado a través de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrada en la cual se documenta una estrecha relación entre la calidad de vida con los factores epidemiológicos como el antecedente de ser portador del virus del papiloma humano, las repercusiones financieras, las comorbilidades y el método de planificación familiar así como con las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad y de su tratamiento.

### 8.9. Análisis de fiabilidad del instrumento.

El instrumento EORTC QLQ-C30 Versión 3.0 (Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento para el Cáncer), obtuvo un alfa de Cronbach .844 debido a que se encuentra entre (0.70 a 0.90), esto indica una buena consistencia interna, <sup>(48)</sup> (Tabla 10).

**Tabla 12. Fiabilidad del Instrumento**

Alfa de Cronbach	Número de ítems
.844	30

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



## **9. DISCUSIÓN**

El objetivo de la presente investigación fué determinar la relación de las características clínico-epidemiológicas con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco.

### **9.1. Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.**

Respecto a las características epidemiológicas: la edad de las n=46 mujeres de 19 a 75 años, con una media 43 años (DE: 1.94), contrario a lo reportado en el estudio de Razo Huamani y Tomanguillo Vázquez, en Lima, Perú (2017); la edad media del grupo A fue de  $51.4 \pm 7.9$  años, en el grupo B fue  $55.7 \pm 8.9$  años, y Cerda Nárez, en Aguascalientes, México (2018); con una edad media de  $42.27 \pm 12$  años, respectivamente.

En cuanto al grado de estudios: 12 pacientes tenían estudios de secundaria y 10 mujeres (21.7%) tenían estudios de licenciatura. Mientras que el estado civil 16 mujeres (34.8%) vivían en unión libre, en cuanto a la ocupación 13 mujeres (28.3%) estaba jubiladas, similar a lo reportado en el estudio de Cerda Nárez, en Aguascalientes, México (2018), contrario a lo reportado en el estudio de Razo Huamani y Tomanguillo Vázquez, en Lima, Perú (2017); en el grupo A (8.5%) eran analfabetas y en el grupo B (27.9%) eran analfabetas.

#### **9.1.1. Antecedentes gineco-obstétricos.**

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos de las n=46 pacientes: 32 mujeres (69.6%) iniciaron su vida sexual antes de los 19 años, en cuanto al número de parejas sexuales 24 mujeres (52.2%) tuvieron más de 5 parejas sexuales; en el número de embarazos 20 mujeres (43.5%) tuvieron 2 embarazos, 11 mujeres (23.9%) tuvieron 3 partos, 12 mujeres (26.1%) tuvieron 2 cesáreas, finalmente 5 mujeres (10.9%) tuvieron 1 aborto; cifras similares a lo reportado en el estudio de Cerda Nárez, en Aguascalientes, México (2018), en promedio las mujeres tuvieron



4 embarazos, 3 partos, 1 cesárea y 1 aborto, mientras que la edad de inicio de vida sexual activa fue a los 18 años.

## **9.2. Características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.**

Las principales características clínicas generales que presentaron las pacientes estudiadas fueron la astenia, la adinamia y con mayor proporción el dolor, siendo acorde a lo estudiado por Castillo-Avila y Cols, encontrándose que de 106 mujeres la manifestación clínica más frecuente fue el dolor en un 67%.

En relación a las manifestaciones gastrointestinales observamos que una proporción importante presentó náuseas e intolerancia a la vía oral así como estreñimiento. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud en el documento "Control Integral del Cáncer Cervicouterino", las manifestaciones clínicas del tracto digestivo se presentan comunmente en las etapas avanzadas del Cáncer Cervicouterino, sin embargo, la estadificación no fue objeto de investigación.<sup>(49)</sup>

Cabe mencionar que las siguientes características clínicas no se compararon con los otros estudios que sustentan la presente investigación, debido a que los demás autores no mostraron interés en estas: respecto a las características clínicas de las pacientes con cáncer cervicouterino 10 mujeres (21.7%) se diagnosticaron en el año 2016, en cuanto al diagnóstico de VPH 35 mujeres (76.1%) fueron positivas a este tajmizaje, y 9 mujeres (19.6%) recibieron tratamiento en el año 2013, mientras que el uso de anticonceptivos hormonales 17 mujeres (37.0%) los utilizaban para planificar, por último, 17 mujeres (37.0%) tenían obesidad grado I.



### **9.3. Calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.**

La calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, obtuvieron los siguientes resultados: en el Estado Global de Salud 19 mujeres (41.3%) lo tenían conservado, mientras que 27 mujeres (58.7%) lo tenían disminuido; en el Área de Funcionamiento 19 mujeres (41.3%) no sufrieron afectaciones, mientras que 27 mujeres (58.7%) estaban afectadas. En cuanto al Área de Síntomas 10 mujeres (21.7%) no estaban afectadas, mientras que 36 mujeres (78.3%) estaban afectadas, similar a lo reportado en el estudio de Razo Huamani y Tomanguillo Vázquez, en Lima, Perú (2017) las mujeres con cáncer de cuello uterino con estadios II y III tuvieron mayores afectaciones en su calidad de vida.

El estudio de Cerda Náñez, en Aguascalientes, México (2018), halló que las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino in situ tuvieron una mejor calidad de vida, así como que la calidad de vida depende del estadio en el que se efectúe el diagnóstico.

Así mismo, Rodríguez y Morales Castillo, en Puebla, México (2015), encontró una correlación positiva entre el apoyo social que reciben los pacientes de cáncer con una mayor calidad de vida, lo que hace suponer que a mayor apoyo social mejor será la calidad de vida de las personas diagnosticadas con cáncer.

Por último, el estudio de Céspedes y Aparicio, en Encarnación, Paraguay (2017), encontró que el 79% de las pacientes conservaron un nivel alto en la calidad de vida, caso contrario a lo hallado en la presente investigación ya que solo (41.3%) tenían conservado su Estado Global de Salud.



#### **9.4. Relación de las características clínico-epidemiológicas y calidad de vida.**

Con relación a las características epidemiológicas, se encontró que las pacientes en el grupo de edad de 59 a 66 años tuvieron mayor afectación en la escala de síntomas, sin embargo, al no existir significancia estadística no podemos concluir que la edad este relacionado con una mayor afectación en las manifestaciones clínicas de la enfermedad en los sujetos de este estudio. Caso contrario la ocupación habitual toda vez que las pacientes que se encontraban laborando tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida global con significancia estadística, es decir, el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres económicamente activas con empleo formal. Estos resultados difieren del estudio efectuado por Parra y Carrillo en Colombia, donde demuestra que no existe afectación en la calidad de vida y las actividades cotidianas, sin embargo, esta diferencia estriba prácticamente en que la mayoría de los sujetos de estudio se dedica a labores del hogar y que, por ende, no tienen obligaciones laborales formales por lo que no puede interferir con la actividad laboral. Por otra parte, Ayala García demuestra que una vez que se efectúa el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, existe un 40% más de probabilidad de salir prematuramente del mercado laboral, ya sea por jubilación anticipada o incapacidad permanente.

Con relación al uso de métodos de planificación familiar, los autores no se vieron interesados en evaluar esta variable, sin embargo, en el presente estudio observamos una relación directa entre el uso de método de hormonales y la percepción de la calidad de vida a nivel funcional, es decir, el uso de terapia sistémica como método de planificación familiar, afecta de manera negativa la percepción de la funcionalidad de la paciente con cáncer cervicouterino; si bien es cierto que se encuentra ampliamente demostrada la relación entre la anticoncepción sistémica hormonal y la incidencia de Cáncer Cervicouterino, no se encontraron



estudios que evaluaran la relación entre la calidad de vida y este método de planificación familiar.

Un hallazgo en este estudio está relacionado con las enfermedades asociadas. La diabetes fue la comorbilidad más frecuente y se encontró que estos pacientes tienen afectación importante en la escala emocional, escala funcional y en la escala global de salud, con una significancia asintónica bilateral de  $p=0.000$ . Por lo tanto, la diabetes influye fuertemente en la percepción de la calidad de vida de las pacientes con cancer cervicouterino.

Dentro de las manifestaciones clínicas más importantes se encuentran el dolor, la astenia y la adinamia en el 85% de las pacientes encuestadas y con una fuerte asociación con la escala funcional, lo que resulta dentro de la obviedad toda vez que estos síntomas impactan directamente de manera negativa en las actividades cotidianas de las pacientes con Cancer Cervicouterino. Estos resultados practicamente duplican lo documentado por Castillo-Avila, donde se registra que el 49.1% de las pacientes respondieron que el síntoma más frecuente fue el dolor, 67% a nivel urinario y el 47.2% a nivel lumbar, sin efectuar herramientas estadísticas para relacionar las manifestaciones clínicas con las dimensiones de la calidad de vida.

Finalmente, las pacientes que percibieron una mala calidad de vida en la escala de síntomas atribuyen sus principales problemas económicos al diagnóstico de Cancer Cervicouterino con una fuerte significancia  $p=0.003$ . Esto es acorde a lo descrito por Razon Huamaní, donde demostró una significancia  $p=0.001$  en la dimensión económica y la calidad de vida. Por tanto, el diagnóstico de cáncer cervicouterino genera problemas financieros a los pacientes.



## 10. CONCLUSIONES

Debido a que las características clínico-epidemiológicas siguieron una distribución normal, y después de realizar la prueba no paramétrica Chi-Cuadrada, se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre las características epidemiológicas, las manifestaciones clínicas y la calidad de vida en las distintas dimensiones (Escala de Salud Global, Escala de Funcionamiento, Escala de Síntomas y Escala Económica), por lo que un porcentaje cercano al 41% de las pacientes tienen deterioro en la calidad de vida.

Sin embargo, se percibió que la Escala de Síntomas es la más afectada hasta en 83% de las pacientes, predominando la astenia, adinamia y el dolor como síntomas cardinales e inespecíficos para el Cáncer Cervicouterino. En ese mismo sentido, la Escala de Funcionamiento se mantiene afectada en 41% de las encuestadas, influido a su vez, por las manifestaciones clínicas, condicionando detrimento en la calidad de vida.

Así mismo, se distinguió que a mayor edad de las pacientes aumenta la tasa de morbilidad por cáncer cervicouterino, ubicándose en una media de 59 a 66 años, también se advirtió que las pacientes tuvieron una mayor cantidad de parejas sexuales a lo largo de su vida, lo que pudo haber aumentado el riesgo a desarrollar cáncer cervicouterino por infección de VPH.

Por otro lado, se encontró que las pacientes recibieron un diagnóstico de cáncer cervicouterino en el periodo 2016-2018, además algunas mujeres no fueron diagnosticadas con VPH, por lo que la mayoría de ellas no recibieron tratamiento para esta patología, en cuanto a las enfermedades asociadas las pacientes padecían obesidad principalmente.

Por último, si bien la calidad de vida de las pacientes con cáncer cervicouterino se mantiene en el 41% de las encuestadas, esto puede ser resultado de la suma de diversos factores como: un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno, una



mayor adherencia al tratamiento terapéutico, un mejor apoyo social, tanto familiar como del personal interdisciplinario de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco. Aunado a ello, es necesario acciones interdisciplinarias que se encuentren encaminadas a mejorar tanto desde el punto de vista clínico las manifestaciones físicas para, a su vez, lograr mejorar la calidad de vida a nivel

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 11. PERSPECTIVAS

Al reconocer la importancia de la presente investigación y mediante los resultados obtenidos de esta, se presentan las siguientes recomendaciones a los profesionales médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS Tabasco, con el objetivo de aumentar la calidad de los servicios disponibles para la salud femenina, respecto al diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención.

### 1. Al Instituto Mexicano del Seguro Social

- Aumentar la calidad y la mejora continua del primer nivel de atención en salud, que permita diagnosticar de manera temprana el cáncer cervicouterino, encaminado a disminuir la tasa de mortalidad por esta causa de muerte.
- Evaluar el sistema de referencias de un primer nivel de atención a un segundo nivel de atención en salud, para el tratamiento de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- Mejorar las campañas de sensibilización de las mujeres que favorezcan una mayor demanda de citologías vaginales, para diagnosticar de manera oportuna a las pacientes con factores de riesgo.

### 2. A las Unidades de Medicina Familiar

- A observar el cumplimiento de la NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
- Formar continuamente personal de salud, de forma general y de manera específica especialistas ginecólogos y ginecólogas del IMSS para mejorar la calidez de la atención hacia las pacientes.
- A la promoción continua de los servicios de diagnósticos temprano y tratamientos oportunos en las diversas unidades de medicina familiar.



- Mejorar la comunicación y la enseñanza de los procedimientos diagnósticos para evitar molestias y malos entendidos en las pacientes durante su ejecución.

### 3. A los Futuros Investigadores

- Ampliar la investigación sobre la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino y la correlación de está con las características clínico-epidemiológicas.
- Mejorar el uso de las encuestas e instrumentos que permitan un uso estandarizado en el estudio de la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.
- Como personal de salud en formación participar en los lineamientos de atención propuestos por el instituto para el diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramirez PT, Salvo G. Cáncer del Cuello uterino - salud femenina [Internet]. 2022 [cited 2022Nov27]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/c%C3%A1nceres-del-aparato-reproductor-femenino/c%C3%A1ncer-del-cuello-uterino>
2. Organización Mundial de Salud. [Internet]. Cáncer Cervicouterino. who.int; 2022 [cited 2022Nov27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Hoja de datos sobre Cáncer de Cuello Uterino. Ciudad de México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2016.
4. World Health Organization. [Internet]. Cervical cancer. World Health Organization; 2021 [cited 2022Nov24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
5. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Cáncer Cervicouterino. Organización Panamericana de la Salud; 2021 [cited 2022Nov24]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
6. Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. Mexico. Geneva, Switzerland: International Agency for Research on Cancer; 2021.
7. Secretaría de Salud. Informe de Resultados Segundo Semestre 2006. Ciudad de México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2007.
8. American Society of Clinical Oncology. [Internet]. Cáncer de Cuello uterino. Estadísticas. cancer.net; 2022 [cited 2022Nov24]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estadisticas>



9. Flores-Luna L, Zamora Muñoz S, Salazar-Martínez E, Lazcano-Ponce E. Análisis de supervivencia. Aplicación en una muestra de mujeres con cáncer cervical en México. *Salud Pública de México*. 2000;42(3):242–61.
10. Ochoa Carrillo FJ, Cervantes Sánchez G, editors. Primer Consenso nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014Oct;13(4):1–98.
11. Ferreira da Silva I, Ferreira da Silva I, Koifman RJ. Cervical cancer treatment delays and associated factors in a cohort of women from a developing country. *Journal of Global Oncology*. 2019Jan29;(5):1–11. <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00199>
12. McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett ED. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(36):4493–500. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.39.7695>
13. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación (carencias poblacionales) por localidad, municipio y entidad. México: Conapo, 2018 . Ciudad de Mexico: Consejo Nacional de Población; 2021.
14. Collett D. Modelling survival data in medical research. 3rd ed. Boca Raton: Chapman & Hall. CRC; 2015.
15. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [Internet]. Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2019 [cited 2022Nov24]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/fondo-de-proteccion-contragastos-catastroficoss>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [Internet]. Marco Geoestadístico. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI; 2020 [cited 2022Nov24]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/temas/mg/>



17. Dirección General de Información en Salud. [Internet]. Cubo Dinámico Recursos 2001-2018. DGIS; 2019 [cited 2022Nov24]. Available from: <http://sinba.salud.gob.mx/cuboSINERHIAS/recursosSSAySESAS>
18. Amengual J, Montañó J, Franch P, Ramos M. Supervivencia por Estadio del Cáncer de Cuello Uterino en mallorca y factores asociados recogidos por el registro de Cáncer. Gaceta Sanitaria. 2020;34(6):589–94. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.007>
19. Villalobos C. M, Wendling C. C, Sierra H. C, Valencia C. O, Cárcamo I. M, Gayán P. P. Supervivencia de Cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el instituto nacional del cáncer, 2009-2013. Gaceta Mexicana de Oncología. 2016;15(5):263–7. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2016.09.002>
20. Pardo C, Cendales R. Supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev Biomédica. 2009;29:437–47.
21. Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, Palacio-Mejía LS, Nigenda-López G. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. Salud Pública de México. 2011;53(4):407–15.
22. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 Y 2006. Salud Pública de México. 2009;51(2):208–2019. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000800011>
23. Coleman MP, Allemani C, Di Carlo V, Matz M, Minicozzi P, Ssenyonga N. [Internet]. Concord Programme. London School of Hygiene & Tropical ; 2021 [cited 2022Nov24]. Available from: <http://csg.lshtm.ac.uk/research/themes/concord-programme/>



24. Alonso J. La Medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la Práctica Clínica. *Gaceta Sanitaria*. 2000;14(2):163–7. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(00\)71450-6](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(00)71450-6)
25. Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Forga LI, Martínez JA, Martínez-González MA. Validación del índice de Masa corporal auto-referido en la encuesta nacional de salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007;30(3):373–81. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272007000500006>
26. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365–76. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
27. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, Velde A, Muller M, et al. The European Organization for research and treatment of cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*. 1996Oct;14(10):2756–68. <https://doi.org/10.1200/JCO.1996.14.10.2756>
28. Trimbos JB, Maas CP, Deruiter MC, Peters AA, Kenter GG. A nerve-sparing radical hysterectomy: Guidelines and feasibility in western patients. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2001;11(3):180–6. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1438.2001.01023.x>
29. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008Nov11;8(1):330–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-330>
30. Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de Vida en mujeres con Cáncer Cérvicouterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014Oct;79(5):368–77. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000500003>



31. Torre Ch. P, Irarrázaval O. ME, Fasce P. G, Urrejola S. R, Pierotic C. M, León M. H, et al. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: experiencia falp. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(6):383–9. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000600007>
32. Cassemiro Fernandes W. Kimura M. Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2010mayo-junio;18(3):65–72.
33. Saavedra Castillo JE. Estudio Epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. *Anales de Salud Mental.* 2013;29(1):96–8.
34. Sanchez JD. OPS/OMS: Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el caribe [Internet]. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud; 2011 [cited 2022Nov24]. Available from: <https://www3.paho.org/hq/index.php?lang=es>
35. Mendoza González Z. Programa de Detección del Cáncer Cervicouterino: Políticas Públicas Y Experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colectiva.* 2017;13(3):521–35. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1122>
36. Bosquet EG. *Ginecología.* 10a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2020.
37. Muñoz N. Nuevas Perspectivas para la Prevención del Cáncer de Cuello uterino basadas en el virus del Papiloma Humano. *Biomédica.* 2006Dec1;26(4):471–4. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v26i4.312>
38. Montero Lora Y, Ramón Jiménez R, Valverde Ramón C, Escobedo Batista FE, Hodelín Pozo E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. *MEDISAN.* 2018May;22(5):531–7.



39. Franco Argote O, Valladares Vallín J, Pérez Ramos G. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. *Rev Cubana ObstetGinecol.* 2011;37(2):193–203.
40. Razo Huamani R, Tomanguillo Vásquez MA. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima. Perú [Tesis]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2017. p. 3–40.
41. Cerda Náñez LE. Calidad de vida en pacientes con cáncer cérvico-uterino del Hospital de la Mujer de Aguascalientes [tesis]. [Aguascalientes]: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2018. p. 3–24.
42. Castillo-Ávila IY, Canencia-Padilla J, Zurbarán-Lamadrid M, Pertuz-Cantillo D, Montes-Padilla M, Jiménez-Chacón E. Calidad de Vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Rev. Colomb. de ObstetGinecol.* 2015;66(1):22–31.
43. Rodríguez EC, Morales Castillo FA, Xicali N, Torres A, Villegas del S, Tenahua I, et al. Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *Eur J Health Research.* 2015;1(2):51–61.
44. Cruz Bermúdez HF, Moreno Collazos JE, Angarita Fonseca A. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 (Versión 3) en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enfer Global.* 2013Apr;30(1):294–303.
45. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia: Asociación Médica Mundial; 1964 p. 1-3.
46. Diario Oficial de la Federación. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación; 1983 p. 2-6.



47. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SECRETARIA DE SALUD 3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2013 p. 3-11.

48. Oviedo H, Campo Arias H. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev. colomb. psiquiatr. 2005;34(4):572-580.

49. Broutet, N. (2016). Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Washinton: Organización Panamericana de la Salud

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## ANEXOS

### Anexo 1. Cronograma

**“Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino de la UMF No. 47”**

Periodo de estudio: febrero 2022- diciembre 2022

Actividad	OCT 2021	DIC 2021	MAY 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEPT 2022	OCT 2022	NOV 2022
Selección del tema y título del protocolo	■							
Establecer objetivo general y específicos	■							
Búsqueda y recolección de información y elaboración de marco teórico	■	■						
Planteamiento del problema, justificación e hipótesis	■	■	■					
Material y métodos	■	■	■					
Aprobación en SIRELCIS	■	■	■					
Recolección de datos				■	■	■		
Análisis de la información						■	■	
Resultados y discusión							■	■



## Anexo 2. Cédula de recolección de datos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Dirección de prestaciones Médicas**

**Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.**

**Coordinación de Investigación en Salud.**

**“Caracterización clínico- epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47”.**

**INSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO: Este cuestionario será llenado por el paciente. Antes de ficha de identificación. Leer cuidadosamente cada apartado y contestar con letra legible.**

**Tema:** Caracterización Clínico-Epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 47

### CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Instrucciones:** Llenar con letra de molde, marcando la opción que corresponda según sea el caso.

Folio:		No. de Registro:	
<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>			
<b>Datos Sociodemográficos:</b>			
Escolaridad:		Estado Civil:	
Ocupación:		Edad:	
<b>Datos Ginecobstétricos</b>			
Inicio de vida sexual activa (Edad):		No. de parejas sexuales:	
Número de Embarazos:		Partos Naturales:	Cesáreas:
Abortos:		Última citología realizada (papanicolaou):	
Fecha de diagnóstico de Cáncer Cervicouterino:			
¿Tiene diagnóstico de VPH?:			
¿Recibió tratamiento previo para el VPH? ¿Cuándo?			
<b>Hábitos:</b>			
Consumo de alcohol:		Frecuencia con la que consume alcohol:	
Fuma:		Número de cigarrillos al día:	Tiempo (en años) que lleva fumando:
Peso:		Estatura:	IMC:
<b>Enfermedades asociadas:</b>			
Obesidad	Diabetes	Hipertensión arterial sistémica	Otras (Cuál):



### Anexo 3. EORTC QLQ-C30 (VERSIÓN 3)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Dirección de prestaciones Médicas**

**Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.**

**Coordinación de Investigación en Salud.**

**“Caracterización clínico- epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47”.**

#### EORTC QLQ-C30 (VERSION 3)

**Instrucciones:**

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, indicando el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Pregunta	Nunca	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	1	2	3	4

**Durante la semana pasada:**

Pregunta	Nunca	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4



14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansada?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió tensa?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

**Por favor en las siguientes preguntas, encierre en un círculo el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted**

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?						
1	2	3	4	5	6	7
Pésima			Excelente			

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?						
1	2	3	4	5	6	7
Pésima			Excelente			

Gracias



## Anexo 4. Carta de consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	Caracterización clínico- epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino de la UMF No. 47
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco. 26 de junio de 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio pretende establecer la relación entre la calidad de vida y las características del cáncer cervicouterino.
Procedimientos:	Se le invita a participar como paciente, respondiendo a algunas preguntas relacionadas con algunos antecedentes personales, sus respuestas serán vertidas en un concentrado de datos, sin que su nombre sea visible en ningún momento. El contestar el cuestionario le llevara 10 a 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección de dificultades que entorpecen su calidad de vida con referencia a psicología de ser necesario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información se podrá consultar a través de su médico familiar y con el objeto de otorgar seguimiento de ser necesario.
Participación o retiro:	El contestar el cuestionario es completamente voluntario, por lo que no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar participar en el estudio, o si primeramente decide participar y posteriormente cambia de opinión.
Privacidad y confidencialidad:	Su participación en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad, ya que los datos obtenidos al finalizar el estudio podrían ser publicados o difundidos con fines de incidir en el problema de la disminución calidad de vida después del tratamiento por cáncer.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:


No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y contestar el cuestionario para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigadores Responsables: M.F. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega. Matrícula. 99286925. Teléfono: 9932861806. Correo: Guadalupe.dominguezv@imss.gob.mx; M.F. Judith Carolina Ortiz Chable. Matrícula: 99286861. Teléfono: 9931893851. Correo: drajudith\_ortiz@hotmail.com  
Médico Nallely de Jesús Cerna Cerino Matrícula 99287679. Teléfono: 9931482373  
drncerna8@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



## Anexo 5. Carta de dispensa de Consentimiento Informado dirigido al Comité de Ética.



GOBIERNO DE  
MÉXICO



Villahermosa, Tabasco a 26 de junio de 2022.

### SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de **Unidad Médica Familiar No. 47** que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **"Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino de la UMF No. 47"**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de datos ya contenidos en los expedientes clínicos y entrevista telefónica.

### MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino de la UMF No. 47"** cuyo propósito es producto comprometido para la elaboración de una tesis de postgrado.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Guadalupe Montserrat Domínguez Vega.  
Medico Familiar  
Investigadora Responsable

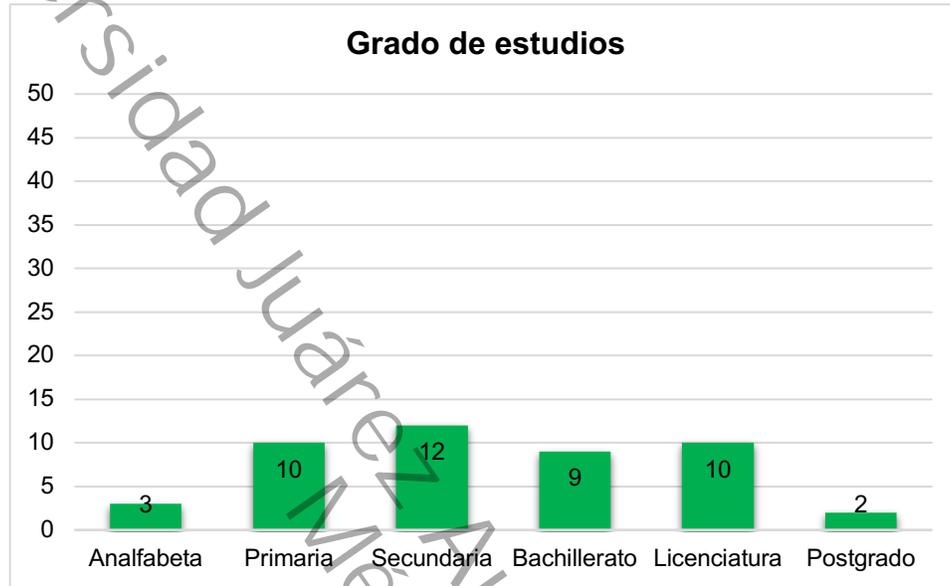




## Anexo 6. Gráficas

### I. Características Epidemiológicas.

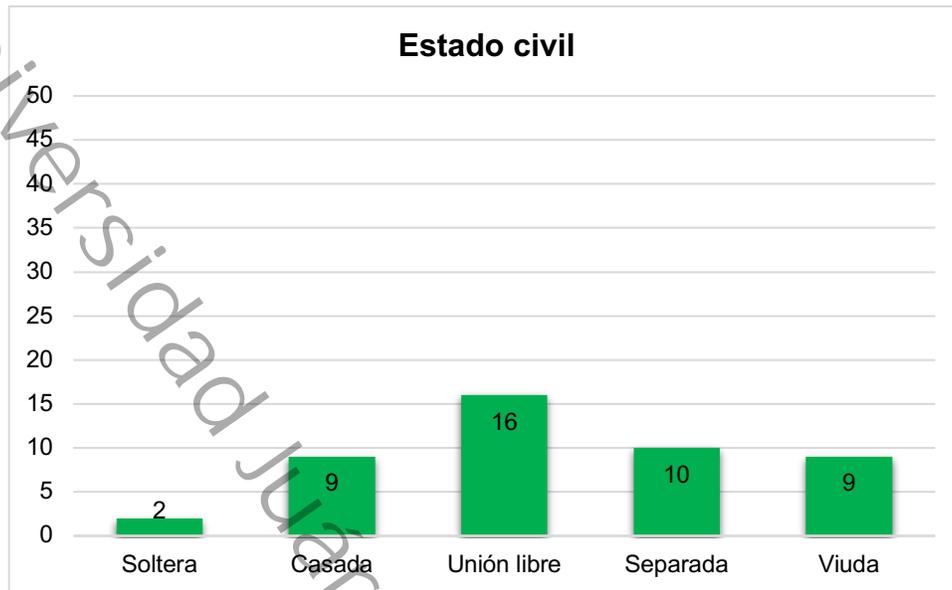
Gráfica 1 Grado de estudios



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

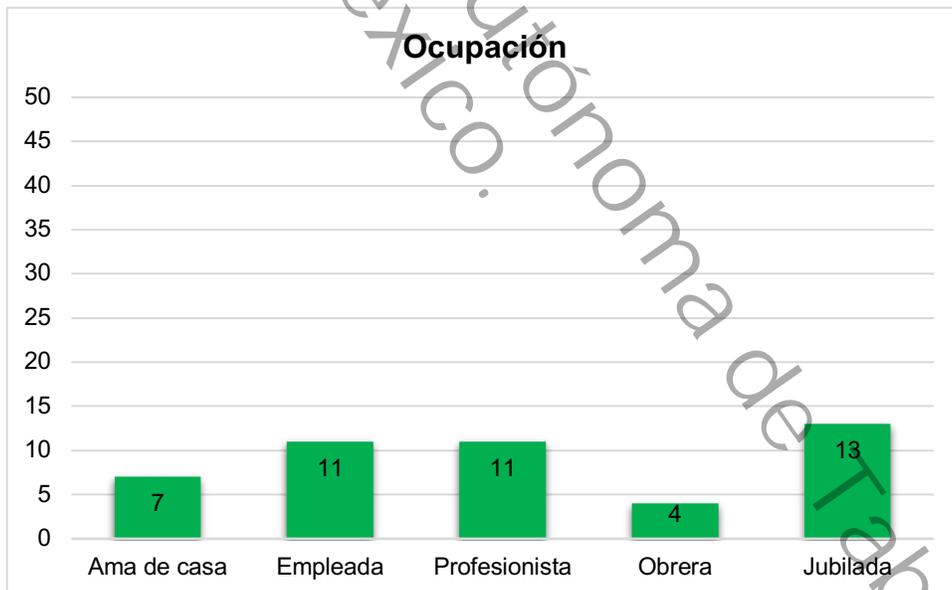


**Gráfica 2 Estado civil**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

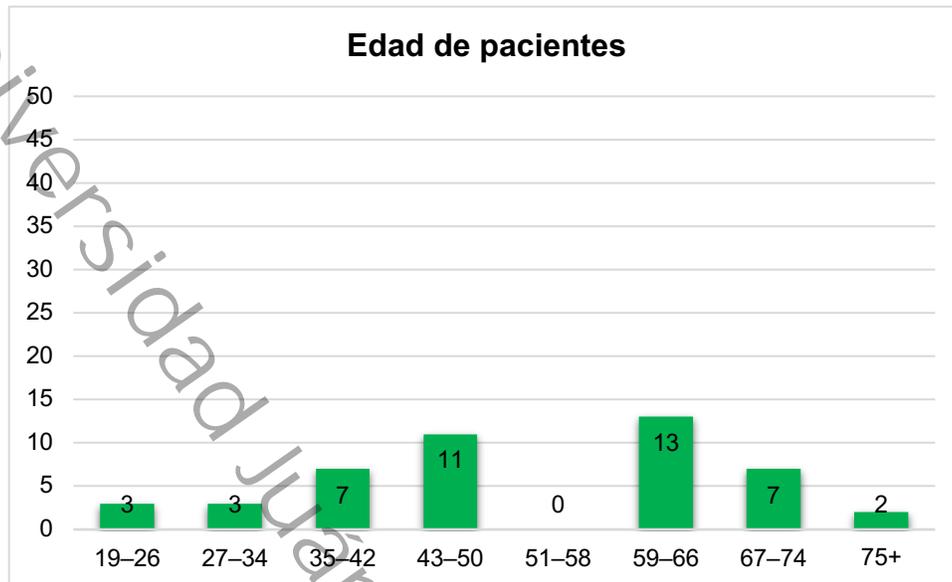
**Gráfica 3 Ocupación**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



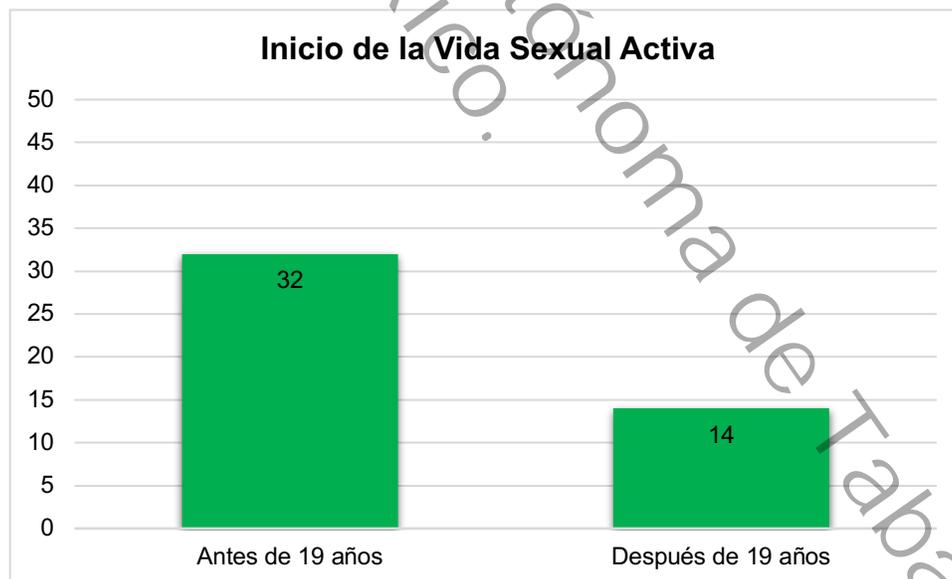
**Gráfica 4 Edad de pacientes**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

## II. Antecedentes Gineco-Obstétricos.

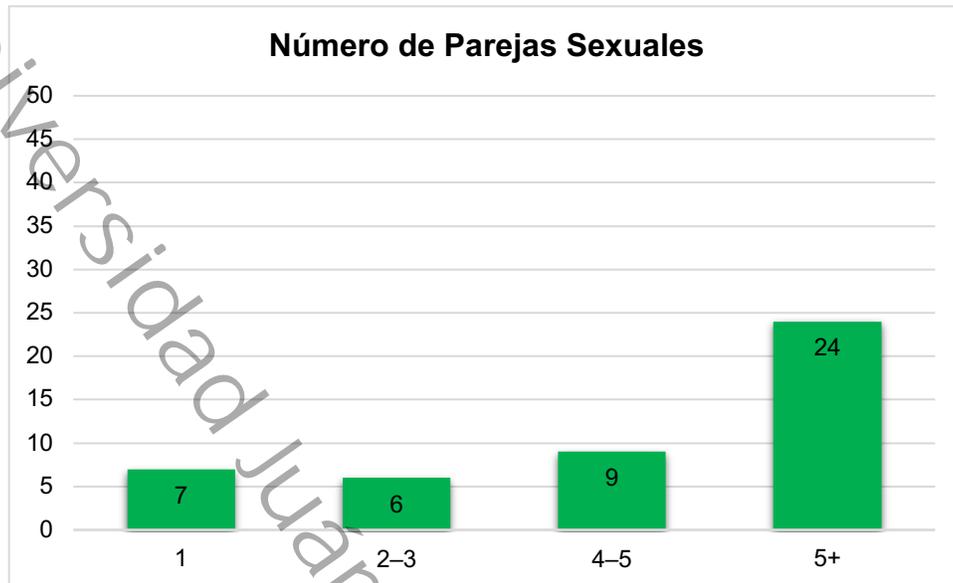
**Gráfica 5 Inicio de la Vida Sexual Activa**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022. iii

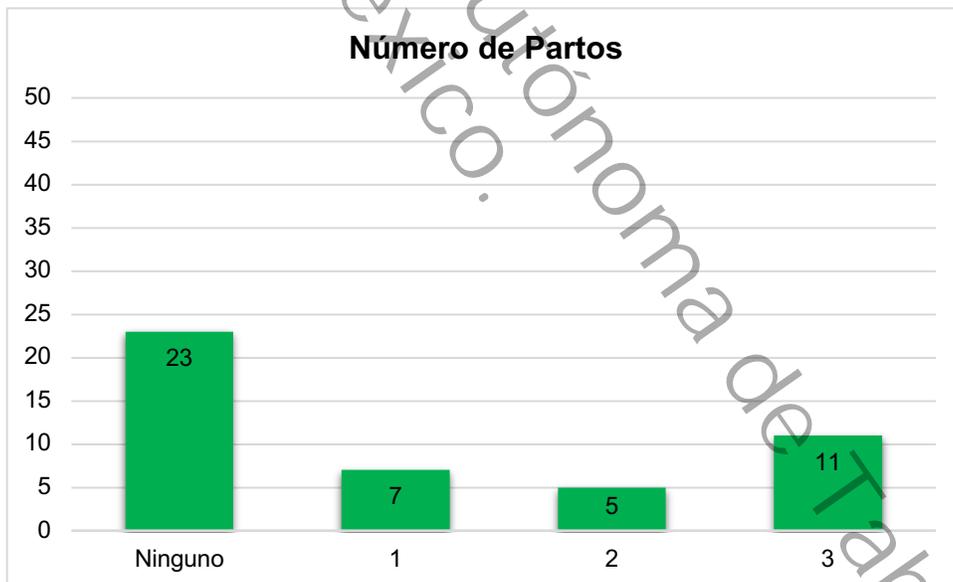


**Gráfica 6 Número de Parejas Sexuales**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

**Gráfica 7 Número de partos**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

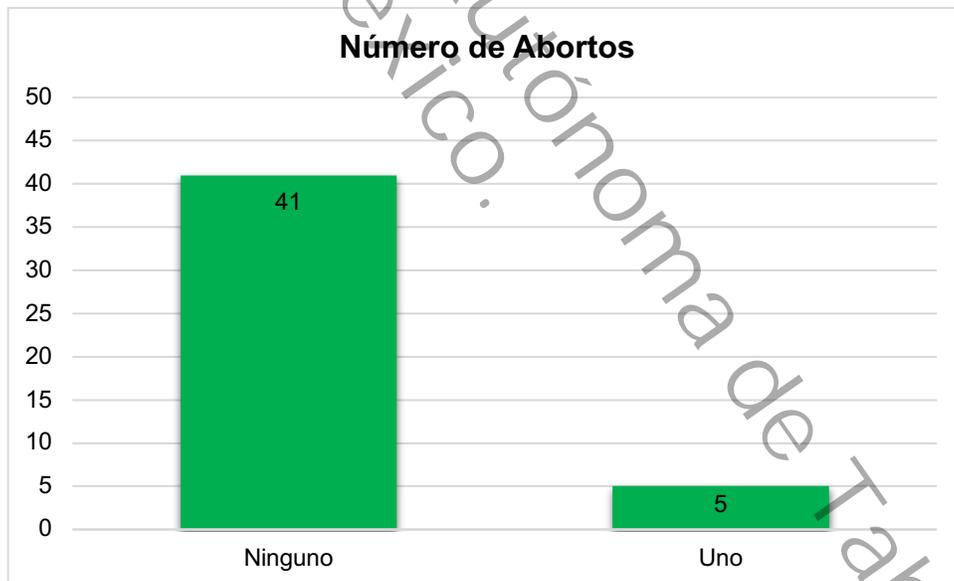


**Gráfica 8 Número de Cesáreas**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

**Gráfica 9 Número de Abortos**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

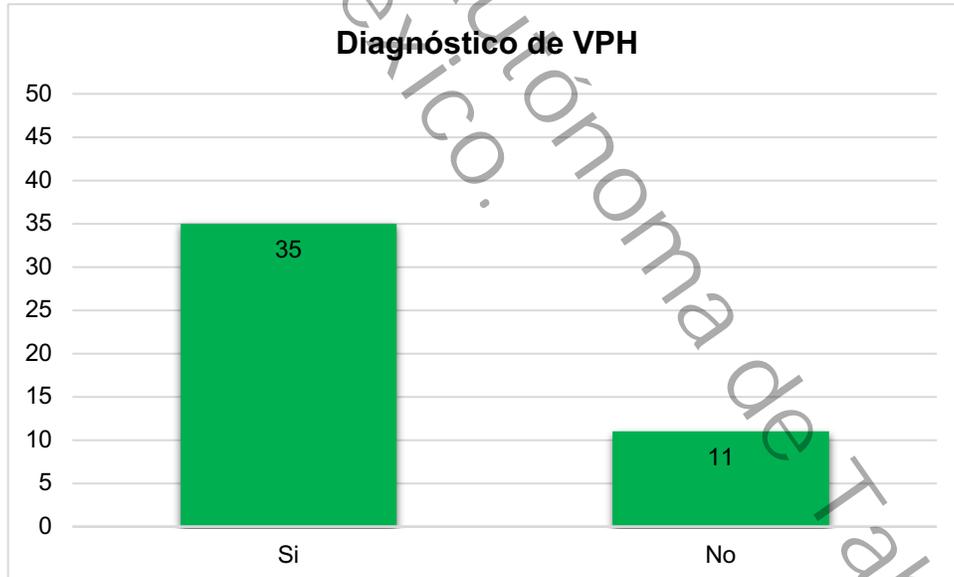


**Gráfica 10 Año de última citología**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

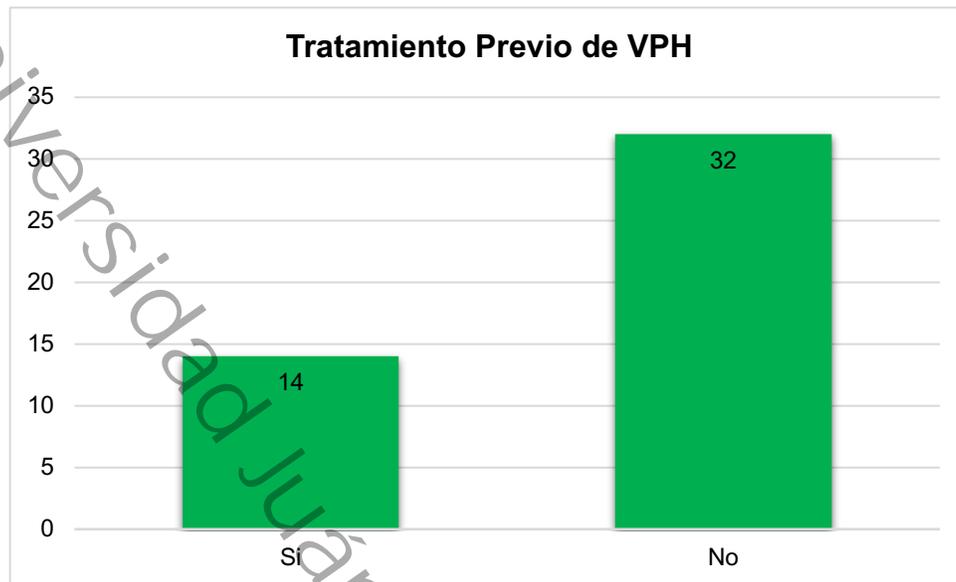
**Gráfica 11 Diagnóstico de VPH**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

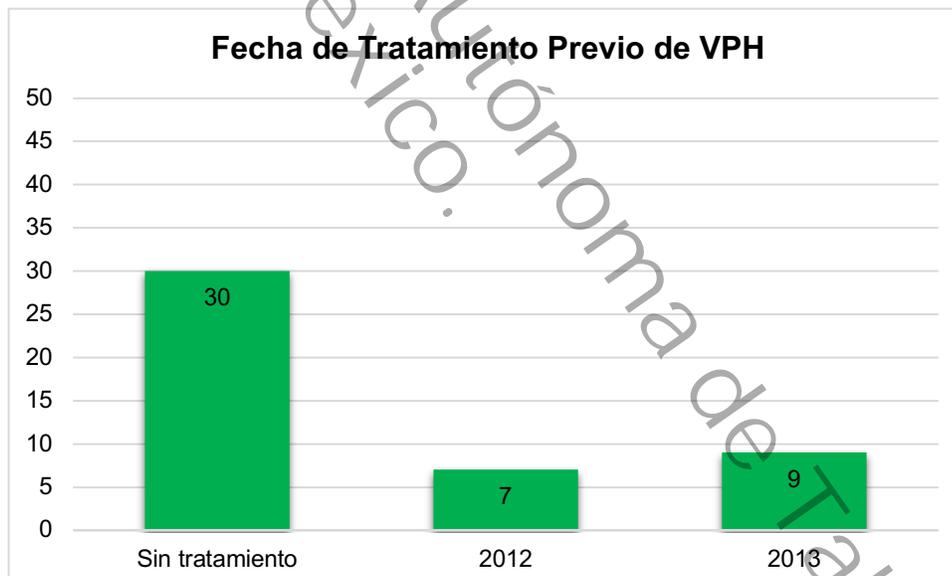


**Gráfica 12 Tratamiento previo de VPH**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

**Gráfica 13 Fecha de tratamiento previo de VPH**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



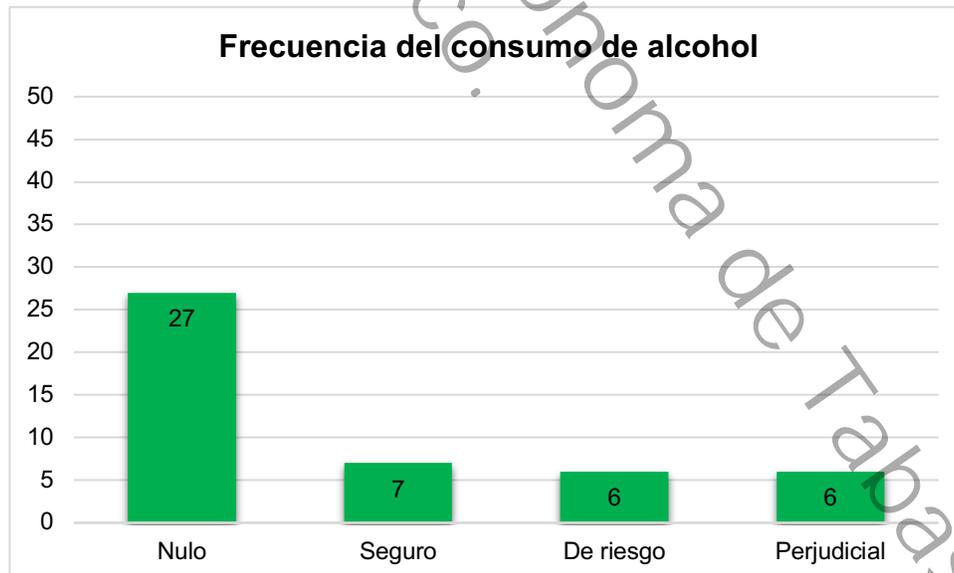
### III. Factores de riesgo

Gráfica 14 Consumo de alcohol



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

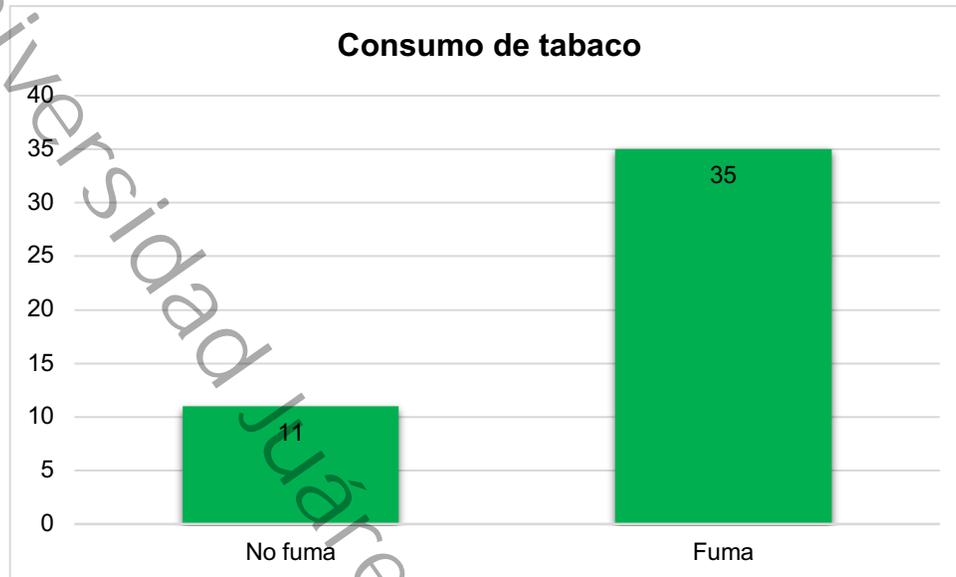
Gráfica 15 Frecuencia del consumo de alcohol



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

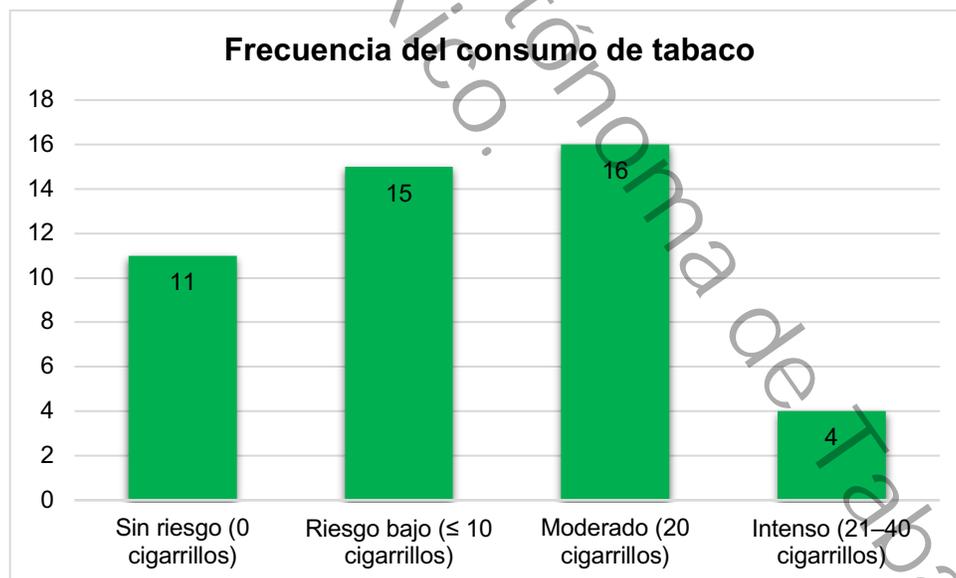


**Gráfica 16 Consumo de tabaco**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

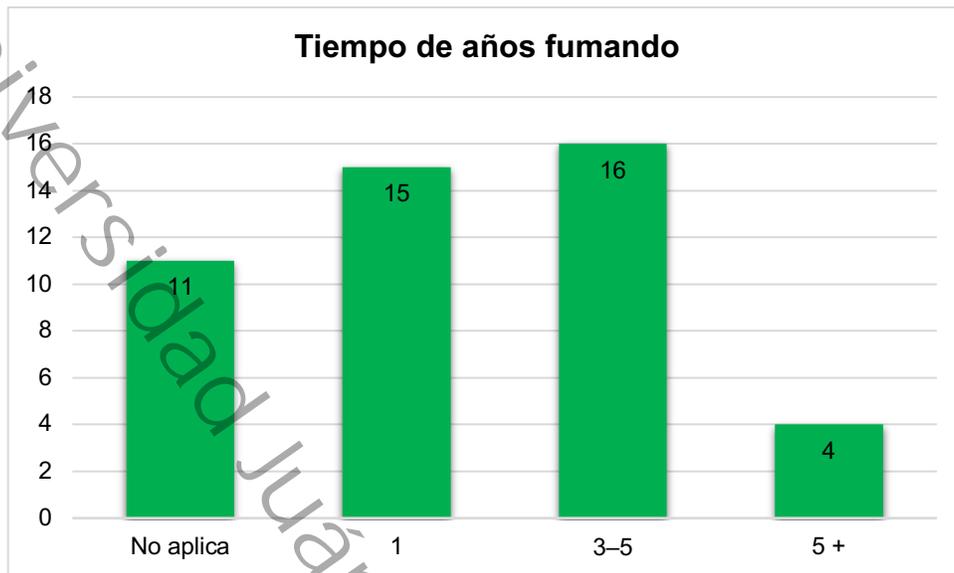
**Gráfica 17 Frecuencia del consumo de tabaco**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

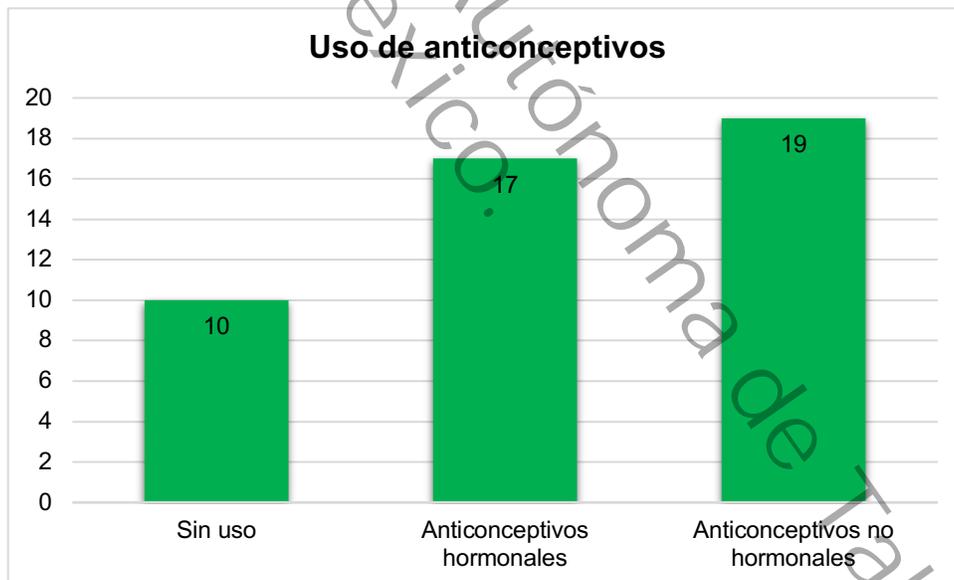


**Gráfica 18 Tiempo de años fumando**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

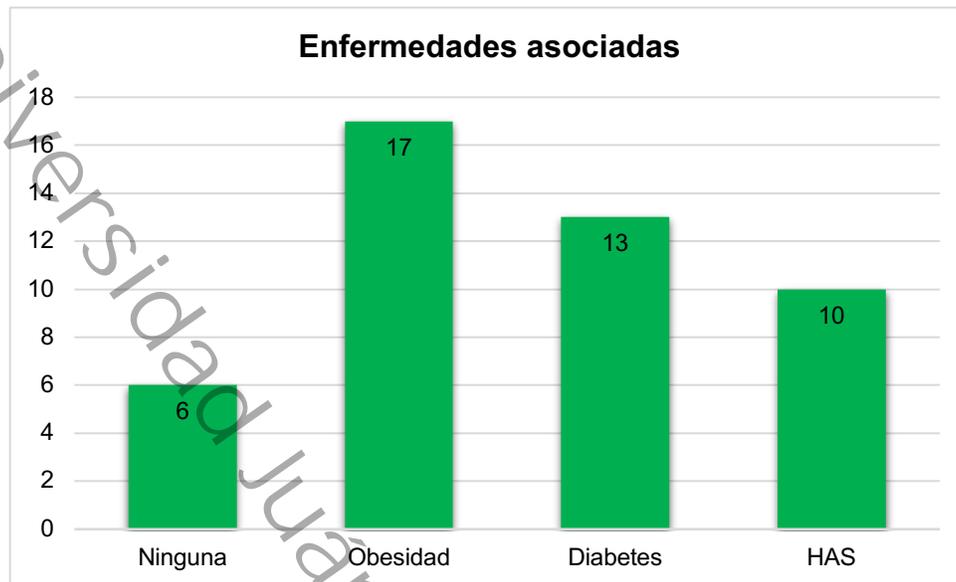
**Gráfica 19 Uso de anticonceptivos**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

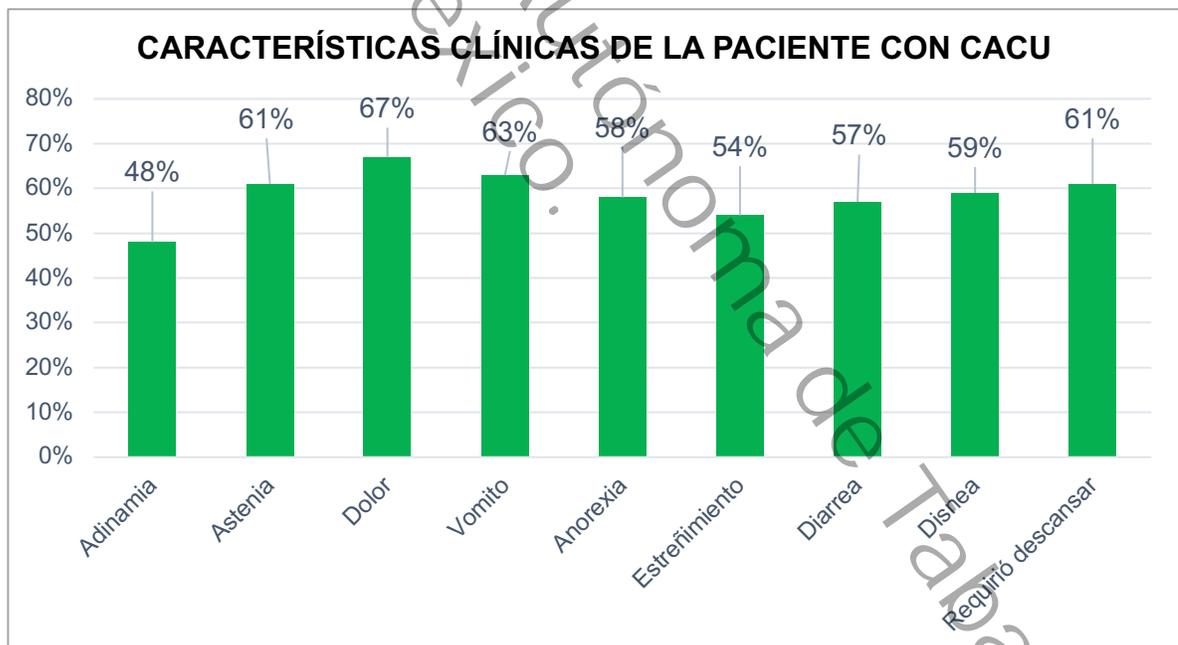


**Gráfica 20 Enfermedades asociadas**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

**Tabla 20 Características Clínicas**



Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



## Anexo 7. Tablas

### 7.1. EORTC QLQ-C30 (VERSION 3)

Tabla 13 Área Estado Global de Salud

EORTC QLQ-C30 (VERSION 3) (Área Estado Global de Salud)				
Escala	Ítem	Puntuación		
		Pésima	Excelente	
		1 f (%)	7 f (%)	
Estado Global de Salud	29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?	27 (58.7%)	19 (41.3%)	
	30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?	27 (58.7%)	19 (41.3%)	

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.



**Tabla 14 Área de Funcionamiento**

<b>EORTC QLQ-C30 (VERSION 3) (Área de Funcionamiento)</b>					
<b>Escala funcional</b>	<b>Ítem</b>	<b>Puntuación</b>			
		Nunca	Un poco	Bastante	Mucho
Área de Funcionamiento		1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)
Función Física	1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	19 (41.3%)	11 (23.9%)	8 (17.4%)	8 (17.4%)
	2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	19 (41.3%)	11 (23.9%)	10 (21.7%)	6 (13.0%)
	3. Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	19 (41.3%)	11 (23.9%)	10 (21.7%)	6 (13.0%)
	4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	19 (41.3%)	6 (13.0%)	13 (28.3%)	8 (17.4%)
	5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	19 (41.3%)	8 (17.4%)	15 (32.6%)	4 (8.7%)
Actividades cotidianas	6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	19 (41.3%)	12 (26.1%)	8 (17.4%)	7 (15.2%)
	7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	19 (41.3%)	4 (8.7%)	15 (32.6%)	8 (17.4%)
Rol emocional	21. ¿Se sintió nerviosa?	19 (41.3%)	7 (15.2%)	9 (19.6%)	11 (23.9%)
	22. ¿Se sintió preocupada?	19 (41.3%)	7 (15.2%)	12 (26.1%)	8 (17.4%)
	23. ¿Se sintió tensa?	19	7	12	8



		(41.3%)	(15.2%)	(26.1%)	(17.4%)
	24. ¿Se sintió deprimida?	19	5	8	14
		(41.3%)	(10.9%)	(17.4%)	(30.4%)
Función Cognitiva	20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	19	13	8	6
		(41.3%)	(28.3%)	(17.4%)	(13.0%)
	25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	19	4	9	14
		(41.3%)	(8.7%)	(19.6%)	(30.4%)
Función Social	26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	9	17	12	8
		(19.6%)	(37.0%)	(26.1%)	(17.4%)
	27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	9	15	15	7
		(19.6%)	(32.6%)	(32.6%)	(15.2%)

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.

Tabla 15 Área de Síntomas

EORTC QLQ-C30 (VERSION 3) (Área de Síntomas)							
Estado funcional	Área de Síntomas	Ítem	Puntuación				
			Nunca 1 f (%)	Un poco 2 f (%)	Bastante 3 f (%)	Mucho 4 f (%)	
Fatiga		10. ¿Necesitó parar para descansar?	7	11	15	13	
			(15.2%)	(23.9%)	(32.6%)	(28.3%)	
		12. ¿Se ha sentido débil?	7	17	15	7	
			(15.2%)	(37.0%)	(32.6%)	(15.2%)	
		18. ¿Estuvo cansada?	7	11	18	10	
			(15.2%)	(23.9%)	(39.1%)	(21.7%)	
Dolor		9. ¿Ha tenido dolor?	7	8	21	10	
			(15.2%)	(17.4%)	(45.7%)	(21.7%)	



	19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	11 (23.9%)	16 (34.8%)	12 (26.1%)	7 (15.2%)
Náuseas y vómitos	14. ¿Ha tenido náuseas?	11 (23.9%)	16 (34.8%)	12 (26.1%)	7 (15.2%)
	15. ¿Ha vomitado?	9 (19.6%)	8 (17.4%)	17 (37.0%)	12 (26.1%)
Disnea	8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	9 (19.6%)	10 (21.7%)	19 (41.3%)	8 (17.4%)
Insomnio	11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	9 (19.6%)	8 (17.4%)	12 (26.1%)	17 (37.0%)
Anorexia	13. ¿Le ha faltado el apetito?	9 (19.6%)	10 (21.7%)	20 (43.5%)	7 (15.2%)
Estreñimiento	16. ¿Ha estado estreñida?	9 (19.6%)	12 (26.1%)	11 (23.9%)	14 (30.4%)
	17. ¿Ha tenido diarrea?	9 (19.6%)	11 (23.9%)	15 (32.6%)	11 (23.9%)
Impacto económico	28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	19 (41.3%)	10 (21.7%)	11 (23.9%)	6 (13.0%)

Fuente: Caracterización clínico-epidemiológica y su relación con la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Cervicouterino de la UMF No. 47, Villahermosa, Tabasco 2022.