



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

112404

25

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE SALUD COMUNITARIA

COFACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES DERECHOHABIENTES DEL IMSS CON CANCER CERVICOUTERINO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE: ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA QUE PRESENTA: DRA. LOURDES DEL CARMEN TOLEDO ZEPEDA RESIDENTE 3 EN EPIDEMIOLOGIA



ASESORES DE TESIS: DRA. OLGA GEORGINA MARTINEZ MONTAÑEZ DR. ALEJANDRO FABIAN ANDRADE MANZANO AGRADECIMIENTOS DR. JOEL BAÑUELOS FLORES DR. ALFONSO FAJARDO RODRIGUEZ

MEXICO, D.F., 27 DE FEBRERO DE 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA**



**"COFACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES  
DERECHOHABIENTES DEL IMSS CON CÁNCER CERVICOUTERINO"**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA  
QUE PRESENTA:**

**DRA. LOURDES DEL CARMEN TOLEDO ZEPEDA**

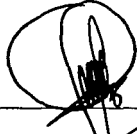
**RESIDENTE 3 EN EPIDEMIOLOGÍA**

**ASESORES DE TESIS  
DRA. OLGA GEORGINA MARTÍNEZ MONTAÑEZ  
DR. ALEJANDRO FABIAN ANDRADE MANZANO**

**AGRADECIMIENTOS  
DR. JOEL BAÑUELOS FLORES  
DR. ALFONSO FAJARDO RODRÍGUEZ**

**MÉXICO, D. F., 27 DE FEBRERO DE 2002.**

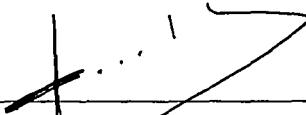
Vo. Bo.



---

**DRA. OLGA GEORGINA MARTINEZ MONTAÑEZ**  
**JEFA DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA**  
**COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA**

Vo. Bo.



---

**DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**EPIDEMIOLOGÍA**



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**U. N. A. M.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MIS PADRES**  
**CAP. EUGENIO TOLEDO FIGUEROA(+)**  
**SRA ANITA ZEPEDA VDA DE TOLEDO**  
POR TODO EL AMOR Y COMPENSIÓN DURANTE MI VIDA, ASÍ COMO AL  
IMPULSO DADO EN MIS ESTUDIOS

**A MI HIJO**  
CON TODO MI CARINO

**A MIS PROFESORES**  
POR SUS ENSEÑANZAS

**A MIS ASESORES DE TESIS**  
AGRADECIMIENTO INFINITO POR EL TIEMPO DEDICADO A QUE MIS  
SUEÑOS, SE HICIERAN REALIDAD

**A MIS HERMANOS, PRIMOS, TIOS Y SOBRINOS**  
POR MANTERNOS UNIDOS SIEMPRE

**A TODAS LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON CON ESTA TESIS**  
GRACIAS, EN ESPECIAL AL PERSONAL DE PATOLOGÍA Y ARCHIVO DEL  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 Y AL PERSONAL DEL CENTRO  
DE DOCUMENTACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA,  
EN ESPECIAL A LA LIC. CRISTINA ALVAREZ Y AL LIC. ARTURO ORTEGA  
MARTÍN DEL CAMPO

## CONTENIDO

<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>5</b>
<b>Factores pronósticos de la mortalidad.....</b>	<b>6</b>
Etapa al diagnóstico.....	6
Tipo histológico.....	9
Grado de diferenciación.....	10
El estado de los ganglios linfáticos.....	11
La edad de la paciente.....	12
El estado de salud de la paciente (enfermedades concomitantes).....	13
Escolaridad.....	14
Ingreso familiar.....	14
Factores de la terapia.....	15
Oportunidad.....	16
Adherencia.....	16
Accesibilidad.....	17
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>20</b>
<b>HIPÓTESIS GENERAL.....</b>	<b>21</b>
Hipótesis Específicas.....	21
<b>OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>22</b>
Objetivos Específicos.....	22
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>23</b>
Diseño del Estudio.....	23
Lugar de Estudio.....	23
Periodo de Estudio.....	23
Población de Estudio.....	23
Tamaño mínimo de muestra.....	23
Criterios de selección.....	23
Inclusión.....	23
No inclusión.....	23
Operacionalización de Variables.....	24
Variable dependiente.....	24
Variables independientes.....	24
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>29</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>63</b>

## **"COFACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES DERECHOHABIENTES DEL IMSS CON CÁNCER CERVICOUTERINO". Toledo-Zepeda LC.**

**Objetivo:** Determinar la relación de los factores socioeconómicos, de los servicios de salud, de la paciente y del cáncer del cuello uterino en la supervivencia de las pacientes con cáncer cervicouterino.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en mujeres con diagnóstico histopatológico y clínico de cáncer cervicouterino, del 01-03-01 al 31-08-01, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 (HGO No.4) y en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se incluyeron mujeres que contaron con expediente clínico o se encontraron en los registros de oncología quirúrgica del HGO No. 4, que fueron localizadas (ellas o sus familiares) y que aceptaron participar en el estudio. No se incluyó a quienes tuvieron otro tipo de tumor maligno primario. Se aplicó un cuestionario estructurado que exploró las variables de estudio.

**Resultados:** Se incluyeron 340 pacientes, se localizó a 173 (50.8%). De éstas 57 (32.9%) fallecieron. El 89.1% (N = 303) fue mayor de 35 años, el 38.9% no terminó la primaria. Del ingreso familiar, el 60.8% de las mujeres tenía un ingreso familiar (<2000 pesos). Con respecto a la etapa clínica la más frecuente fue el IIB con 102 pacientes (30%), en cuanto al tipo histológico, el 65% (n = 221) presentó un carcinoma escamoso. Con relación a la oportunidad en la atención médica, 61.2% se realizó el papanicolaou por decisión propia, al momento diagnóstico, 271 (79.7%) de las pacientes fue asintomática, el tiempo transcurrido entre el papanicolaou y la biopsia fue menor a 30 días en el 30.2% de las pacientes, el tiempo entre la biopsia y el inicio del tratamiento fue menor a 30 días en el 40% de las pacientes. La radioterapia se utilizó en el 46.9%. Se estimó la probabilidad de supervivencia a 5 años, por el Método de Kaplan-Meier, encontrando para etapa clínica de carcinoma in situ el 88.24%, con Log Rank de 39.84,  $P < 0.0001$ ; para las que se trataron con cirugía 94.74%, con Log-Rank de 39.76,  $P < 0.0001$ ; la ausencia de recurrencia del cáncer tuvo una probabilidad de supervivencia del 89.08%, Log-Rank 98.66 y una  $P < 0.0001$ . Si las pacientes se adherían al tratamiento la probabilidad de supervivencia fue del 71.54, Log-Rank de 3.39,  $P = 0.0657$ . Con respecto a la oportunidad de atención, cuando se acudió por decisión propia la supervivencia fue del 88.57%, Log-Rank de 8.44 y una  $P = 0.0037$ . Para la accesibilidad económica, la mejor probabilidad de supervivencia fue para quienes tenían buena accesibilidad económica (70.77%), Log-Rank de 0.36,  $P = 0.5465$ . Se realizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox encontrando que las mejores variables que explican el modelo fueron etapa clínica (RR: 1.53, IC 95% 1.14-2.05,  $P = 0.004$ ), y recurrencia, (RR: 10.65, IC 95% 4.80-23.60,  $P < 0.001$ ), ajustando por tipo histológico y tratamiento.

### **Conclusiones**

A pesar de la gran cantidad de pérdidas de las pacientes durante el seguimiento, se logró encontrar asociaciones entre los cofactores estudiados y la supervivencia a 5 años del cáncer cervicouterino, ya que la accesibilidad a los servicios de salud, la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de los servicios de salud, los tiempos entre las tomas de papanicolaou y la biopsia y entre la biopsia y el inicio del tratamiento así como que las mujeres acudan asintomáticas al papanicolaou, forman parte del programa de lucha contra el cáncer cervicouterino.

## ANTECEDENTES

El cáncer cérvicouterino constituye un problema importante de salud pública, y es el más común en el mundo después del cáncer de mama. EL 80% de los 500,000 casos que se calcula se presentan anualmente en el mundo corresponde a los países en desarrollo<sup>1, 2</sup>. En la bibliografía se sugiere que el cáncer cervical es causado por un agente infeccioso de transmisión sexual, a la luz del conocimiento actual se ha establecido que el virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria pero no suficiente de ésta enfermedad<sup>1</sup>, ya que se requiere de algunos cofactores para que un porcentaje de infecciones persistentes por VPH progrese y de lugar al cáncer, entre ellos están los factores del huésped como los tipos de antígeno de histocompatibilidad y la respuesta inmunológica, las influencias que ejercen las hormonas y otros agentes de transmisión sexual<sup>3</sup>.

Existen más de 70 virus del papiloma que infectan al género humano, se conocen alrededor de 23 que afectan a los genitales, la mayoría causa lesiones benignas y los que se asocian a una evolución maligna son el VPH 16 principalmente, seguido de los VPH's 18, 31 y 45<sup>2</sup>.

Entre los cofactores más importantes se mencionan:

- Factores biológicos que pudieran regular el efecto del VPH, tales como factores genéticos, inmunosupresión genética o inducida, factores hormonales endógenos
- Conducta sexual y reproductiva, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, número de compañeros sexuales de la mujer o de su pareja, uso de anticonceptivos hormonales por largo tiempo o la multiparidad.
- Infecciones de transmisión sexual, las infecciones con *Chlamydia trachomatis* en mujeres con VPH.<sup>1</sup>
- Relacionados al estilo de vida, tabaquismo, nutrición (deficiencia de folatos y vitamina A, C y E).
- Servicios de salud, la detección del cáncer cérvico uterino es un factor protector<sup>4, 5</sup>.

El carcinoma escamo celular (epidermoide) comprende aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales, mientras que el adenocarcinoma un 10% de ellos. Los carcinomas adenoescamosos y carcinomas de células pequeñas son relativamente poco frecuentes, al igual que los sarcomas primarios cervicales y los linfomas malignos cervicales.

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la unión escamosa columnar, ya sea en el canal endocervical o en la porción cérvico uterina. La lesión precursora es la displasia o el carcinoma in situ (neoplasia intraepitelial cervical [NIC]), que posteriormente puede convertirse en cáncer invasor.



Este proceso puede ser muy lento, algunos estudios revelaron que de las pacientes con cáncer cervical in situ que no han sido tratadas, 30 a 70% de ellas desarrollarán carcinoma invasor en un periodo de 10 años<sup>6</sup>. Aunque en el 10% de las pacientes las lesiones pueden progresar de in situ a invasoras en periodos menores de un año. A medida que se hace invasor, el tumor irrumpe la membrana basal e invade el estroma cervical. La extensión del tumor cervical puede manifestarse como una ulceración, un tumor exofítico o la infiltración extensa del tejido subyacente incluyendo la vejiga o el recto. Puede diseminarse por vía de los linfáticos regionales o del torrente sanguíneo<sup>7</sup>.

La sobrevida de las pacientes con cáncer cérvicouterino depende en gran medida de lo avanzado que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico. Entre los factores principales que influyen en dicha sobrevida están: la etapa, el grado de diferenciación celular del tumor, el tipo histológico, la propagación linfática y la invasión vascular<sup>1,7</sup>.

### ***Factores pronósticos de la mortalidad***

#### **Etapa al diagnóstico**

El factor pronóstico más importante es la etapa al diagnóstico<sup>8</sup>. Por convención se utiliza actualmente la clasificación de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) 1995, que tiene por objeto identificar sitios potenciales de diseminación metastásica y regional, guiar la conducta terapéutica y permitir la comparación de resultados entre las instituciones.

La definición exacta de cáncer cervical en estadios tempranos se ha debatido por varias décadas, lo cual se ilustra por el hecho de que desde 1960 la FIGO ha cambiado al menos 5 o 6 veces dicha definición, debido a la necesidad de una definición precisa y uniforme del carcinoma micro invasor del cuello uterino<sup>9</sup>.

En 1994, en Montreal, el Comité de Oncología Ginecológica hizo algunos cambios en las etapas para cáncer cervical y vulvar, ésta nueva definición contempla la profundidad de la invasión en etapas tempranas de la enfermedad y especifica que la afectación del espacio vascular, venoso o linfático no altera la estadificación.

Esta última clasificación de la FIGO, ratificada en 1995, permite hacer comparaciones de modalidades terapéuticas, lo cual da a la comunidad ginecológica importante información. A continuación se describe la clasificación de las etapas clínicas del cáncer cervical hecha por la FIGO, 1995<sup>10,11</sup>.

FIGO	DESCRIPCIÓN
Etapa 0	Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.
Etapa I	El carcinoma está estrictamente confinado al cérvix. (Debe descartarse la extensión al cuerpo).
IA	Cáncer invasor identificado sólo microscópicamente. La invasión está limitada al estroma con un máximo de profundidad de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho. (La profundidad de la invasión no debe ser mayor de 5 mm tomada de la base del epitelio o de la superficie glandular, de la cual se origina). La infiltración vascular linfática o venosa no altera la etapificación.
IA1	La invasión al estroma no es mayor de 3mm de profundidad y no mayor de 7 mm de ancho.
IA2	La invasión al estroma es de más de 3 mm pero menor de 5 mm de profundidad y no mayor de 7 mm de ancho.
IB	Lesión clínica confinada al cérvix o lesión preclínica mayor que IA. Todas las lesiones macroscópicas, aún con invasión superficial, son cánceres en etapa IB.
IB1	Lesión clínica no mayor a 4 cm**.
IB2	Lesión clínica mayor de 4 cm.
Etapa II	El carcinoma se extiende más allá del cérvix pero sin invadir la pared pélvica; afecta la vagina, pero no llega al tercio inferior.
IIA	Sin invasión de los parametrios, dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran comprometidos.
IIB	Con invasión de los parametrios, pero no a la pared pélvica lateral.
Etapa III	El carcinoma se ha extendido sobre la pared pélvica o el tumor afecta el tercio inferior de la vagina: en el examen rectal no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Todos los casos con hidronefrosis o insuficiencia renal deben incluirse, a menos que se conozca se deban a otra causa.
IIIA	No hay invasión en la pared pélvica, pero el tumor se extiende al tercio inferior de la vagina.
IIIB	Se extiende sobre la pared pélvica, hay hidronefrosis o insuficiencia renal.
Etapa IV	Implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis o ha invadido clínicamente la mucosa de la vejiga o del recto. Un edema buloso de la vejiga, como tal, no justifica que el caso sea asignado a la etapa IV.
IVA	Extensión a los órganos adyacentes (biopsias positivas de la mucosa de la vejiga o del recto).
IVB	Extensión a órganos distantes.

\*mm: milímetros \*\*cm: centímetros

La sobrevida disminuye en forma proporcional al diagnóstico de cáncer cérvicouterino en etapas avanzadas de la enfermedad, como se ha reportado en diferentes estudios.

Karolewski K, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de enero de 1970 a diciembre de 1980, a 413 pacientes con cáncer de cérvix uterino en etapas IIB y IIIB de acuerdo con la FIGO, en Polonia; reportaron una sobrevida a 5 años de 51% en las pacientes con cáncer cérvicouterino en etapa IIB y de 40% para las que tenían la enfermedad en etapa IIIB<sup>12</sup>.

Chen RJ, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de 1977 a 1994, realizado en Taiwán, a 302 pacientes con adenocarcinoma del cuello uterino, en diferentes etapas de acuerdo con la FIGO: 203 en etapa I, 74 en etapa II, 22 en etapa III y 3 en etapa IV, encontraron una sobrevida a 5 años de 75.9% para las pacientes en etapa I, de 62.9% para las pacientes en etapa II y para las pacientes en etapas III/IV de 25.1%<sup>13</sup>.

Lai CH, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de 1981 a 1992, realizado en Taiwán, a 827 pacientes, 490 en etapa IB y 337 en etapa II, de acuerdo con la FIGO, reportan una sobrevida global a 5 años de 87.4% para las pacientes en etapa IB y de 74.7% para las que están en etapa II, y una sobrevida libre de recurrencia a 5 años de 86.2% para las pacientes en etapa IB y de 70% para las que están en etapa II<sup>14</sup>.

Bethwaite P, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo del 1 de julio de 1980 al 31 de julio de 1987, realizado en Nueva Zelanda, a 142 pacientes con cáncer del cuello uterino en diversas etapas de acuerdo con la FIGO, 81 pacientes en etapa IB, 20 en etapa IIA, 14 en IIB y 27 en etapas III/IV; reportan una sobrevida a 5 años de 78% para las pacientes en etapa I, del 65% para las que están en etapa II y de 46% para las que están en etapas III/IV<sup>15</sup>.

Flores-Luna L, y cols., realizaron un estudio de seguimiento retrospectivo de 1984 a 1996, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de México, a 378 mujeres con diagnóstico de cáncer cérvicouterino invasor confirmado histopatológicamente, en diversas etapas de acuerdo con la FIGO; reportan una sobrevida estimada por el método de Kaplan-Meier, a 5 años de: 82% para las pacientes en etapa I, 72.72% para las que están en etapa II, 47% para las pacientes en etapa III, y 21% para las que se encontraron en la etapa IV, con  $p < 0.001$ <sup>16</sup>.

Lambin P, et al., realizaron en Francia, de enero de 1985 a septiembre de 1988 un ensayo aleatorizado comparando 2 dosis de braquiterapia ginecológica preoperatoria en 204 pacientes con etapas Ib (tumor macroscópico restringido al cérvix) y IIp (carcinoma cervical que involucra el tercio superior de la vagina y/o el tercio interno de uno o ambos parametrios). El 65% de las pacientes recibieron dosis sencillas de braquiterapia con una media de duración de 6.5 días el grupo de más bajas dosis y de 3.4 días el grupo de más altas dosis; el 35% de las pacientes recibieron la braquiterapia administrada en 2 sesiones. Se siguió a las pacientes a los 3 y 6 meses postratamiento, cada 6 meses en los siguientes dos

años y después una vez al año y reportan una sobrevida a los 4 años de 80% para las pacientes en etapa I y 68% en las que están en etapa II<sup>17</sup>.

Klee M, et al., realizaron un estudio retrospectivo en Copenhague, Dinamarca, del 1 de noviembre de 1990 al 1 de noviembre de 1993, a 118 pacientes con cáncer cervical, en diversos estadios de la enfermedad de acuerdo con la FIGO, 32 en etapa I, 37 en etapa II, 38 en etapa III y 5 en etapa IV, reportan una mediana de sobrevida de 55.3 meses<sup>18</sup>.

Mundt AJ, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de 555 mujeres con cáncer cervical invasivo, en etapas IB-IIA y IIB-IIIB de acuerdo a la FIGO, en el Hospital de Chicago, Estados Unidos (EU), entre junio de 1980 y junio de 1995, reportaron una sobrevida libre de enfermedad a 8 años de 67.9% para las pacientes en etapas IB-IIA y de 35.6% para las pacientes en etapas IIB-IIIB<sup>19</sup>.

Morris M, et al., en un ensayo aleatorizado realizado de 1990 a 1997, en el Grupo Oncológico con Terapia de Radiación, en EU, comparando 2 tipos de radioterapia, en 388 pacientes con cáncer cérvicouterino, en el cual un grupo recibió radioterapia de campo extenso, y el otro grupo recibió radioterapia en la región pélvica y tratamiento concurrente con Cisplatino y Fluoracilo, estratificadas por estadio del tumor: IB-IIB vs III-IVA, la sobrevida estimada a 5 años para las pacientes tratadas con radioterapia más quimioterapia, en etapas IB-IIB fue de 77% y de 63% para las pacientes en etapas III-IV. Para las del grupo tratadas solo con radioterapia, en el grupo con etapas IB-IIB dicha sobrevida fue de 58% y para las de etapas III-IV fue de 57%<sup>20</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### Tipo histológico

Se pueden encontrar dos variedades principales de cáncer en el cérvix, el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma, siendo éste último el de peor pronóstico, aunque hay otras variedades de cáncer del cérvix, presentes en menor proporción de pacientes, los adenoescamosos y los de células pequeñas.

Se describen a continuación, los resultados de diversos autores en donde se aprecia controversia en relación con el tipo histológico de cáncer cervical con menor sobrevida<sup>21, 22</sup>.

Gallup DG, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo del 1 de julio de 1974 al 31 de diciembre de 1982, en el Hospital Naval de Portsmouth, Virginia, EU, en 127 pacientes con diversos estadios del cáncer cervical de acuerdo con la FIGO, reportaron una sobrevida a 2 años de 77.9% en las pacientes con carcinoma de células escamosas, de 70% en las pacientes con adenocarcinoma, del 100% en las pacientes con carcinoma de células pequeñas y del 20% en las que tenían carcinoma de células adenoescamosas<sup>23</sup>.

Chapman GW Jr., en un estudio de seguimiento retrospectivo a 303 pacientes ancianas con cáncer cervicouterino en diversas etapas de acuerdo con la FIGO, en Louisiana, EU, diagnosticadas y tratadas entre 1951 y 1985, reporta una sobrevida libre de enfermedad a 5 años en las pacientes con etapa I del 26.9% para las que tienen carcinoma cervical escamoso, y del 100% para las que tienen adenocarcinoma del cuello uterino; para las que están en etapa II del 26.3% para las que tienen carcinoma escamoso y 25% para las del adenocarcinoma, para las etapas III y IV de 26.1% y 12.5% respectivamente para las que tienen carcinoma escamoso, y de 0% para las que tienen adenocarcinoma del cuello uterino en las etapas más avanzadas<sup>24</sup>.

Mundt AJ, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Chicago, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 8 años de 50.2% para las pacientes con carcinoma de células escamosas y de 32.9% para las pacientes con adenocarcinoma o carcinoma adenoescamoso<sup>19</sup>.

Karolewski K, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Polonia, de pacientes con cáncer cervical, reportan una sobrevida a 5 años de pacientes con carcinoma de células escamosas de 49%, y de otra variedad histológica del 52%<sup>12</sup>.

Bethwaite P, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Nueva Zelanda, reportan una sobrevida a 5 años del 52% cuando el cáncer cervical correspondía al tipo adenoescamoso y del 75% si correspondía al de células escamosas<sup>15</sup>.

Lai CH, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo en Taiwán, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 5 años, de 80.3% para las pacientes con carcinoma cervicouterino de células escamosas, de 68.9% para las que tenían adenocarcinoma y del 81.7 para las que tenían carcinoma adenoescamoso del cuello uterino<sup>14</sup>.

Flores-Luna L, y cols., en su estudio de seguimiento retrospectivo en la ciudad de México, de pacientes con cáncer cervicouterino, reportan una sobrevida estimada a 5 años, para las pacientes con cáncer epidermoide o escamoso de 66.60%, para las que tenían adenocarcinoma de 74.73%, y para las que tenían carcinoma adenoescamoso de 53.04%<sup>16</sup>.

Lambin P, et al., en su ensayo aleatorizado realizado en Francia, en pacientes con cáncer del cuello uterino, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 4 años de 72% para las que cursaron con cáncer escamoso, de 52% para las que tenían adenocarcinoma y de 38% para las que tenían carcinoma mixto<sup>17</sup>.

### Grado de diferenciación

El grado de diferenciación celular se clasifica en bien diferenciado, medianamente diferenciado, pobremente diferenciado, indiferenciado y desconocido, diversos

autores coinciden en señalar que a menor grado de diferenciación celular, la sobrevida disminuye<sup>6</sup>, como se puede ver en los estudios que aquí se describen.

Kovalic JJ, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de 70 pacientes con carcinoma de muñón cervical en diferentes estadios de acuerdo con la FIGO, tratadas en la Universidad de Washington, EU, de enero de 1956 y diciembre de 1986, todas las pacientes habían sido tratadas con histerectomía supracervical por enfermedad benigna previamente a su ingreso al estudio, reportan una sobrevida libre de progresión a 10 años, estimada por el método de Kaplan-Meier, de 83% para las pacientes con carcinoma cervical bien diferenciado, de 72% para las que cursaron con carcinoma moderadamente diferenciado y de 25% para las que tenían carcinoma pobremente diferenciado, con  $p = 0.04^{25}$ .

Howell EA, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de pacientes con cáncer cervical tomadas del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del Instituto Nacional de Cáncer delos EU, en el que se capta el 10% de la población de EU con cáncer; se incluyó una revisión de los casos de cáncer cervical invasor primario, confirmados histopatológicamente entre 1988 y 1994, con o sin tratamiento específico de acuerdo a las etapas de la FIGO, el reporte de sobrevida con una media de seguimiento de 31.3 meses, fue de 80.5% en las que tenían cáncer cervical bien diferenciado, de 72.3% en las que presentaron el cáncer cervical moderadamente diferenciado, de 62% para las que presentaron dicho cáncer pobremente diferenciado, de 54.2% en quienes el cáncer fue indiferenciado y de 81.5% si el grado de diferenciación celular se desconocía<sup>26</sup>.

Lai CH, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo de Taiwán, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 5 años de 80.8% en las pacientes que presentaron el cáncer cérvicouterino bien diferenciado, de 82.7% en quienes el cáncer era moderadamente diferenciado y de 75.2% si el cáncer fue pobremente diferenciado<sup>14</sup>.

### El estado de los ganglios linfáticos

Este es un parámetro de importancia para la evolución del cáncer cervicouterino, diversos estudios reportan que la sobrevida de las pacientes disminuye en forma proporcional al número de ganglios afectados por el cáncer, o bien, si hay metástasis ganglionar la sobrevida es menor<sup>27</sup>, como se muestra en la descripción de algunos estudios realizados en diferentes partes del mundo.

Kristensen GB, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Noruega a 125 pacientes con cáncer cervical de células escamosas, en etapa IB de acuerdo con la FIGO, entre enero de 1987 y diciembre de 1990, reportan una sobrevida a 5 años de 85% si no se encontró ningún ganglio afectado, de 90% cuando había un ganglio afectado, de 66.7% si había 2 ganglios afectados y de 44.4% si había más de 2 ganglios afectados<sup>28</sup>.

Bethwaite P, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Nueva Zelanda, reportan una sobrevida a 5 años de 88% si no se encontraban los ganglios linfáticos pélvicos afectados, y de 56% si dichos ganglios se encontraban afectados<sup>15</sup>.

Lai CH, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Taiwán, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 5 años de 84.6% cuando no se afectaron ganglios linfáticos, y de 65.4% cuando había afectación a los ganglios linfáticos<sup>14</sup>.

Lambin P, et al., en su ensayo aleatorizado realizado en Francia, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 4 años de 83% cuando no se afectaban los ganglios linfáticos, y de 35% si se afectaban los ganglios linfáticos<sup>17</sup>.

Kilgore LC, et al., en un análisis retrospectivo de una serie de casos del 1 de enero de 1963 al 1 de julio de 1985, en Alabama, EU; estudió a 162 pacientes con adenocarcinoma del cuello uterino, a quienes pareó con un grupo control de pacientes con carcinoma cérvicouterino de células escamosas, por edad, sexo y etapa del cáncer, reportan una sobrevida a 5 años en pacientes con adenocarcinoma de 81.3%  $\pm$ 4.1 en quienes no tenían ganglios linfáticos afectados y de 42.7%  $\pm$ 14.7 en quienes sí había afectación a ganglios linfáticos<sup>29</sup>.

Howell EA, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo de pacientes con cáncer cervical en EU, reportan la sobrevida con una media de 31.3 meses, en quienes no había afectación de ganglios linfáticos de 86.5%, en quienes sí había afectación de los ganglios linfáticos de 50.7% y en quienes se desconocía la afectación de ganglios linfáticos de 60.4%<sup>26</sup>.

### La edad de la paciente

Diversos estudios sugieren que el diagnóstico de cáncer cervicouterino en edades tempranas se relaciona con menor sobrevida de las pacientes, en la tabla que se aprecia a continuación podemos apreciar que hay controversia entre edades <40 años y una mayor o menor sobrevida en estas pacientes<sup>30, 31</sup>.

Karolewski K, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Polonia, reportan una sobrevida a 5 años de 27% cuando las pacientes fueron diagnosticadas con cáncer cérvicouterino antes de los 45 años de edad, del 43% si el diagnóstico se hacía de los 45 a los 49 años, del 42% si era de los 50 a 54 años, de 56% si era de los 55 a los 59 años, de 58% cuando dicho diagnóstico era de los 60-64 años de edad y de 49% cuando el diagnóstico se hacía después de los 64 años<sup>12</sup>.

Bethwaite P, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Nueva Zelanda, reporta una sobrevida a 5 años de 79% cuando el diagnóstico fue hecho antes de los 40 años, y de 64% si se diagnosticaban con cáncer del cuello uterino a los 40 o más años<sup>15</sup>.

Lai CH, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Taiwán, analizan la sobrevida libre de enfermedad a 5 años en pacientes con cáncer del cuello uterino en 2 estratos, cuando el diagnóstico se hizo a la edad de 50 años o menos la sobrevida fue de 81.9%, y de 77.9% si era después de los 50 años. Cuando el diagnóstico se hacía a los 35 años o antes la sobrevida era de 76.2% y si dicho diagnóstico se hacía después de los 35 años, de 79.7%<sup>14</sup>.

Lambin P, et al., en su ensayo aleatorizado realizado en Francia, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 4 años de 60% si el diagnóstico de cáncer cérvicouterino se hacía antes de los 40 años, de 75% si dicho diagnóstico se hacía entre los 40 y 59 años de edad y de 65% si el diagnóstico de cáncer era hecho a los 60 o más años<sup>17</sup>.

Mundt AJ, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Chicago, reportan una sobrevida libre de enfermedad a 8 años de 41.8% si el diagnóstico de cáncer cérvicouterino se hacía antes de los 50 años y de 52.1% si se diagnosticaban a los 50 o más años de edad<sup>19</sup>.

Howell EA, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo de pacientes con cáncer cervical en Estados Unidos, reportan la sobrevida con una media de 31.3 meses en cuatro estratos de edad, de 86.3% si el diagnóstico fue hecho antes de los 40 años de edad, 80.1% si el diagnóstico era de los 40 a los 49 años, de 71.9% si se hizo entre los 50 y 59 años de edad y de 53.8% si el diagnóstico fue hecho a los 60 o más años<sup>26</sup>.

#### El estado de salud de la paciente (enfermedades concomitantes)

La inmunosupresión no relacionada a infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ha sido asociada con tumores de las vías genitales bajas, las pacientes con trasplante renal usando drogas inmunosupresoras tales como Prednisona y Azatioprina, muestran 30% de incremento en el riesgo de malignidad, incluyendo tumores de células escamosas, en el cérvix, vulva, vagina y ano<sup>32</sup>.

Internacionalmente, la infección por VIH y la neoplasia cervical frecuentemente coexisten. El carcinoma cervical en mujeres con infección por VIH, tiende a tener un diagnóstico en etapas más avanzadas, esto se debe a que éstas pacientes se encuentran más débiles y a que los síntomas de VIH y de cáncer avanzado son muy similares, como son: pérdida de peso, fatiga y adenopatías<sup>33</sup>. Las mujeres infectadas con el VIH tienen una enfermedad más agresiva y avanzada y un pronóstico más precario<sup>7</sup>.

Singh GS, et al., en un reporte de caso de una paciente en Pensilvania, EU, con cáncer cervical invasor, SIDA y enfermedad pélvica inflamatoria, menciona que la paciente con SIDA presenta una forma inusual y agresiva en la presentación del cáncer cervical invasor, que coexiste con otras enfermedades pélvicas y que esto



contribuye al desarrollo y diseminación de la enfermedad; hacen referencia también a que el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) ya incorporó al cáncer cervical en la lista de la definición de caso de sobrevida de las pacientes con SIDA<sup>34</sup>.

Maiman M, et al., en un reporte de casos con el objeto de comparar las características del cáncer cervical en pacientes seropositivas al VIH y seronegativas al VIH, realizado en Brooklyn, Nueva York, EU, reportan que 37 pacientes fueron sometidas a la prueba tamiz y confirmatoria del VIH, resultando seropositivas 7 de ellas, con edades de los 16 a los 50 años, con carcinoma cérvicouterino de células escamosas, en etapas IIB a IV de acuerdo con la clasificación de la FIGO, 6 de ellas completaron su tratamiento primario y fueron seguidas por 10 a 30 meses, encontrando recurrencia en el 100% de ellas en comparación con el grupo de pacientes seronegativas a VIH, de las que solo el 58% presentó recurrencia<sup>35</sup>.

### Escolaridad

Lazcano-Ponce EC, y cols.<sup>36, 37</sup>, en un estudio de 630 casos y 1005 controles, llevado a cabo en la ciudad de México, de 1990 a 1995, por el Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, encontró como uno de los principales factores que predicen la utilización de la prueba de Papanicolaou es la escolaridad, las mujeres con escolaridad a nivel licenciatura presentaron una tendencia cuatro veces mayor a acudir al programa DOC respecto de las analfabetas funcionales, esto es de suma importancia si tomamos en cuenta que el diagnóstico de carcinoma cérvicouterino se sospecha generalmente mediante el tamizaje de rutina en mujeres asintomáticas, por lo que a menor escolaridad, menor utilización de la prueba de Papanicolaou, y por ende, diagnóstico de cáncer cervical en etapas más avanzadas, que conlleva menor sobrevida.

### Ingreso familiar

Aún cuando no se ha estudiado el ingreso familiar lo suficiente en los estudios que investigan factores pronósticos de sobrevida en pacientes con cáncer cérvicouterino, el estudio presentado a continuación muestra diferencias importantes en la sobrevida de éstas pacientes y, aunque no fueron significativas estadísticamente, es importante mencionarlo:

Mundt AJ, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Chicago, reportan que el ingreso económico familiar influye en la sobrevida libre de enfermedad a 8 años de las pacientes con cáncer cérvicouterino, en las familias cuyo ingreso anual fue mayor o igual a 25,000 dólares anuales la sobrevida fue de 58.4% en comparación con las familias con ingreso familiar menor de 25,000 dólares anuales, en quienes la sobrevida se reduce a 48.8%<sup>19</sup>.

## Factores de la terapia

El tratamiento otorgado a la paciente, (cirugía<sup>38</sup>, radioterapia<sup>39</sup>, combinación de cirugía y radioterapia, quimioterapia<sup>40</sup>, ninguno, desconocido)<sup>26</sup> interviene en la sobrevida de las pacientes con cáncer cervical, y se otorga con base en la etapa clínica al momento del diagnóstico, (Clasificación de la FIGO)<sup>14, 41, 42, 43</sup>.

Chapman GW Jr., en su estudio de seguimiento retrospectivo de 1951 a 1985, realizado en Lousiana, EU, a pacientes ancianas con carcinoma del cuello uterino en diversas etapas de acuerdo con la clasificación de la FIGO, analiza la sobrevida libre de enfermedad a 5 años en 2 modalidades, la quirúrgica con histerectomía radical y la radioterapia con 3 métodos de tratamiento, 1) de 1951 a 1967 con máquinas de ortovoltaje, cada paciente recibió 2 mil a 4 mil ciclo greys (cGy) de radiación externa, seguidas por 4 mil a 6 mil cGy por braquiterapia, 2) de 1968 a 1980 con máquinas de cobalto 60 cada paciente recibió 4 mil a 6 mil cGy de radiación externa seguidas por la misma dosis por braquiterapia, 3) de 1981 a 1985 con acelerador lineal 6-MeV 4 mil a 6 mil cGy de radiación externa seguidos por 4 mil a 6 mil cGy por braquiterapia. Se trató con cirugía a 3 pacientes y con radioterapia a 300, reportando la sobrevida libre de enfermedad a 5 años de las que fueron tratadas con cirugía al 100%, y de las que fueron tratadas con radioterapia la reporta según la etapa clínica en: 34% para las que se encontraban en etapa I, de 24.5% para las de la etapa II, de 25.3% para las de la etapa III y de 11.9% para las que se encontraban en la etapa IV<sup>24</sup>.

Kilgore LC, et al., en su análisis retrospectivo de una serie de casos en Alabama, EU, en pacientes con cáncer cérvicouterino en etapas 1-IV de acuerdo a la FIGO, del tipo adescarcinoma y escamoso, tratadas con cirugía y/o radioterapia, reportan una sobrevida a 5 años de 83.9% para las que fueron tratadas sólo con cirugía radical y de 73.8% para las que fueron tratadas sólo con radioterapia<sup>29</sup>.

Bethwaite P, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo realizado en Nueva Zelanda, en 142 pacientes con cáncer del cuello uterino tratadas de la siguiente forma: 16 con cirugía, 37 con radioterapia, 81 con cirugía y radioterapia y 8 con tratamiento paliativo, reporta una sobrevida a 5 años del 92% para las tratadas con cirugía, 60% en las que fueron tratadas con radioterapia, 75% para las que recibieron tratamiento combinado de cirugía y radioterapia y 0% para las que fueron tratadas en forma paliativa<sup>15</sup>.

Morris M, et al., en su ensayo aleatorizado en pacientes con cáncer cérvicouterino en diversas etapas de la clasificación de la FIGO, del Grupo de Oncología con Terapia de Radiación, en EU, reportan la sobrevida a 5 años para las pacientes en etapas IB-IIB tratadas con radioterapia y quimioterapia del 77%, y para las que fueron tratadas solo con radioterapia del 58%, y para las pacientes en etapas III-IVA del 63% para las que fueron tratadas con radioterapia y quimioterapia y de 57% para las tratadas solo con radioterapia<sup>20</sup>.

Magrina JF, et al., realizaron un estudio de seguimiento retrospectivo en la Clínica Mayo, en Minnessota, EU, de pacientes con cáncer cérvicouterino de células escamosas en estadios IA, IB1 y IB2 de acuerdo con la FIGO, diagnosticadas entre el 1 de enero de 1960 y el 31 de diciembre de 1986, tratadas con histerectomía radical modificada, reportan una sobrevida a 5 años del 100% para las pacientes en etapa IA, de 94.4% para las que se encuentran en la etapa IB1 y del 33.3% para las que se encuentran en la etapa IB2<sup>44</sup>.

### Oportunidad

En relación con la oportunidad en el tratamiento recibido, hay pocos estudios al respecto<sup>45</sup>, en el siguiente estudio se encontró que el tiempo de radioterapia prolongado, tiene un efecto decreciente en la sobrevida de las pacientes con cáncer cervical.

Garipagaoglu M, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo de enero de 1988 a julio de 1996, realizado en Ankara, Turquía, a 100 pacientes con cáncer cérvicouterino en estadios IB y IIA de acuerdo a la FIGO, todas las pacientes fueron tratadas con histerectomía con linfadenectomía pélvica y radioterapia pélvica postoperatoria, algunas además con linfadenectomía paraaórtica y 27 pacientes además recibieron braquiterapia. Si el intervalo entre la cirugía y la radioterapia era menor a 6 semanas, la sobrevida a 5 años fue de 97.30% y si éste intervalo era igual o mayor a 6 semanas la sobrevida se reportó en 78.43%. La sobrevida a 5 años cuando la dosis total de radiación fue mayor o igual a 6500 cGy la sobrevida fue de 85.87% y si la dosis de radiación era menor a 6500 cGy la sobrevida fue de 67.57%<sup>46</sup>.

Kovalik JJ, et al., en un estudio de seguimiento retrospectivo en Washington, EU, de pacientes con carcinoma de muñón cervical, reportan que las pacientes que completaron su radioterapia en un tiempo igual o menor a 40 días tuvieron una sobrevida libre de progresión a 10 años de 76% y de 57% si completaron la radioterapia en más de 40 días<sup>25</sup>.

### Adherencia

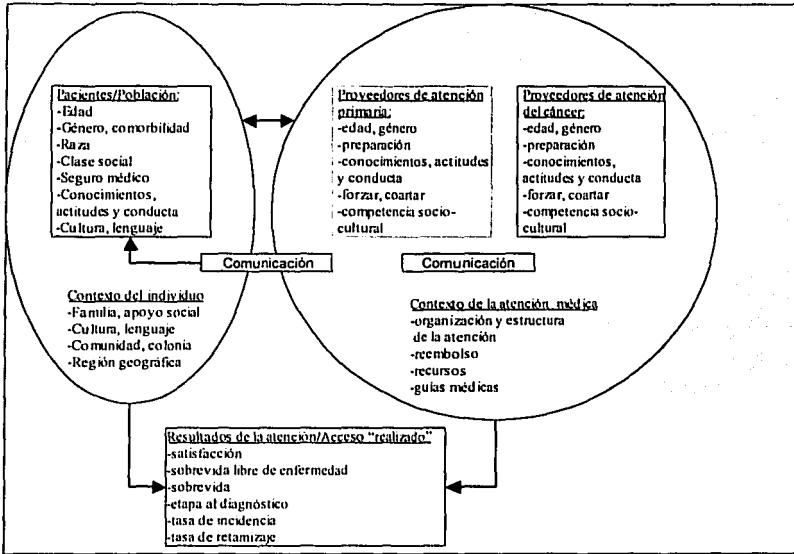
La adherencia al tratamiento es un cofactor poco descrito en la literatura existente, y que como se aprecia en el estudio que se cita a continuación, se relaciona con la sobrevida de las pacientes con cáncer cérvicouterino.

Garipagaoglu M, et al., en su estudio de seguimiento retrospectivo en Ankara, Turquía, reportan que la sobrevida a 5 años fue de 84.27% cuando el tiempo de tratamiento con radioterapia no excedía de 42 días y disminuía a 78.43% si la radioterapia duraba 42 o más días<sup>46</sup>.

## Accesibilidad

Millman ME<sup>47</sup>, define la accesibilidad como "el uso oportuno para conseguir servicios personales de salud y alcanzar el mejor resultado de salud posible", y propone el siguiente modelo:

*Modelo de Acceso en la Atención del Cáncer.*



González-Block, MA<sup>48</sup>, refiere que las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud pueden ser económicas (elevado costo de los servicios y medicamentos, imposibilidad de dejar el trabajo o falta de ingresos), geográficas (lejanía o ausencia de servicios en la localidad), u organizacionales (falta de confianza por parte del paciente o de calidad en la prestación del servicio). No se incluye en estas barreras a la que se da cuando el individuo o la familia no identifican necesidades de salud que, para el común de la población, son evidentes.

A continuación se anexa un cuadro que describe las barreras al acceso a servicios médicos de personas con deseo de atención, según cobertura \*

Cobertura (%)			
Barrera	Asegurados	No asegurados	Total
Económica	23	49	43
Geográfica	53	39	42
Organizacional	24	12	15
Total	100	100	100

\*Fuente: Secretaría de salud. Encuesta Nacional de Salud, México: SSA, 1987.

Steinwachs y Yaffe (1978)<sup>48</sup>, proporcionan un interesante ejemplo del interés de un grupo de atención médica prepagada sobre la "oportunidad" como "una dimensión del proceso de la atención que ha recibido poca consideración". En su formulación, la atención fuera de tiempo incluye no solo la atención que se administra demasiado tarde, sino también la atención que se administra demasiado pronto o que es innecesaria.

El cáncer cervicouterino continua siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. En las mujeres de México, a pesar de ser una enfermedad que puede ser detectada en forma temprana mediante la prueba de Papanicolaou, persisten altas tasas de incidencia, como se observa en la tasa de incidencia estimada de cáncer cervical, estandarizada por edad, a nivel mundial, que se reporta de 40.1 a 50.0 por 100 mil mujeres y de mortalidad desde <1.40 a 2.15 por 100 mil mujeres, ésta última ha permanecido estable durante los últimos 20 años en la República Mexicana.

## JUSTIFICACIÓN.

Las actividades de prevención y diagnóstico del cáncer del cuello uterino, en el IMSS, se iniciaron en el Distrito Federal en noviembre de 1962 y se extendieron a todas las delegaciones en 1973, aún existen altas tasas de mortalidad por esta enfermedad. En 1996 se registraron en el instituto 1,208 defunciones, con una tasa de 9.6 por 100 mil mujeres derechohabientes, lo que equivale a decir que en ese año, cada día, murieron 3 derechohabientes por cáncer cervicouterino.

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1994 la tasa de morbilidad fue de 11.36 por 100 mil derechohabientes, para 1995 aumentó a 12.78 y para 1996 disminuyó a 3,139 casos nuevos de cáncer cervical, con una tasa de 9.6 por 100 mil mujeres derechohabientes, siendo la primera causa de cáncer en la mujer. El diagnóstico se realizó principalmente entre las mujeres de 45 a 64 años de edad, con una tasa de morbilidad de 45.1 por 100 mil mujeres. En el año 1997 la tasa de morbilidad fue de 5.59 y en 1998 bajó a 4.88 por 100,000 derechohabientes. Con relación a las tasas de mortalidad en 1994 fue de 4.76, en el año 1995 fue de 4.65 por 100 mil derechohabientes usuarios, y para 1996 ese año en el IMSS se registraron 1,208 defunciones por cáncer cervicouterino, con una tasa de 16.7 por 100 mil mujeres derechohabientes usuarias >25 años, siendo el grupo de 45 a 64 años de edad el que presenta mayor número de defunciones y el de 65 años y más el que presenta la mayor tasa de mortalidad con 35 defunciones por cada 100 mil mujeres. En los años 1997 y 1998 la tasa de mortalidad se mantiene en 4.49 y 4.28 por 100 mil derechohabientes usuarios, respectivamente, y se incrementa a 7.79 en 1999<sup>36</sup>.

Una de las causas que más interviene en la sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino es la etapa clínica (FIGO, 1995) en el momento del diagnóstico, que además sirve como guía para otorgar el tratamiento a éstas pacientes; sin embargo no es la única causa relacionada con la sobrevida de las pacientes, como se reporta en la literatura mundial y en algunos estudios realizados en nuestro país. Es muy importante conocer otros aspectos que se relacionen con la sobrevida de las pacientes con cáncer del cuello uterino, como serían a) los factores relacionados con los servicios de salud, tales como el tipo de tratamiento otorgado, la accesibilidad y oportunidad de la atención médica, b) los factores de la paciente, que comprenden la edad al diagnóstico, enfermedades concomitantes, c) factores socioeconómicos, como es la escolaridad y el ingreso familiar, d) los factores relacionados con el tumor, como son la etapa, el tipo histológico del cáncer, grado de diferenciación celular, afectación a nódulos linfáticos.

Conocer la influencia de estos cofactores que pudieran predecir la sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino en la población derechohabiente del IMSS, permitirá adoptar actividades de atención integral en los factores modificables, lo que sin duda aumentará la sobrevida y calidad de vida en estas pacientes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios existentes relacionados con la sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino han demostrado que el factor principal es la etapa o estadio diagnóstico de acuerdo con la clasificación de la FIGO, con base en esta clasificación se otorga el tratamiento a las pacientes, siendo entonces el tratamiento otro importante factor que interviene en la sobrevida de éstas pacientes. En la literatura médica, la mayoría de los estudios relacionan la sobrevida de las pacientes con cáncer cérvicouterino con variables biológicas con información obtenida, con mucha frecuencia, de fuentes secundarias; existiendo un vacío parcial de otras variables que pueden intervenir también en la sobrevida de éstas pacientes y que han sido poco estudiadas a nivel mundial y nacional, como serían cofactores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud, el nivel socioeconómico, la adherencia de la paciente al tratamiento y enfermedades concomitantes al cáncer del cuello uterino, por lo que sería importante determinar la asociación existente entre éstos cofactores y la sobrevida a 5 años de éstas pacientes.

Lo que da origen a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la influencia de la edad, las enfermedades concomitantes, etapa del cáncer, tipo histológico, grado de diferenciación, afectación a ganglios linfáticos, adherencia al tratamiento, escolaridad, ingreso familiar, accesibilidad, oportunidad, tipo de tratamiento en la sobrevida a 5 años de las pacientes derechohabientes del IMSS diagnosticadas con cáncer cervicouterino?

## HIPÓTESIS GENERAL

- Existen diversos cofactores que se relacionan con la sobrevida a 5 años en las pacientes con cáncer cérvicouterino, que pueden ser de la paciente, socioeconómicos, de los servicios de salud o de la propia enfermedad.

### *Hipótesis Específicas*

- Hay relación entre la edad de las pacientes al momento del diagnóstico de cáncer del cuello uterino y la sobrevida a 5 años.
- Las enfermedades concomitantes en las pacientes con cáncer cervicouterino se asocian con la sobrevida a 5 años de éstas pacientes.
- La escolaridad y el ingreso familiar influyen en la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- La etapa del cáncer del cuello uterino de acuerdo con la FIGO, se asocia con la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- El tipo histológico de cáncer cervicouterino interviene en la sobrevida a 5 años por dicha enfermedad.
- Existe relación entre el grado de diferenciación celular y la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- La sobrevida a 5 años en las pacientes con cáncer cérvicouterino se ve influenciada por la afectación a ganglios linfáticos.
- La accesibilidad geográfica, económica y de los servicios de salud se relacionan con la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- La oportunidad en el diagnóstico y tratamiento en las pacientes con cáncer cervicouterino influye en la sobrevida a 5 años de éstas pacientes.
- Hay asociación entre el tipo de tratamiento otorgado a las pacientes con cáncer cervicouterino y la sobrevida a 5 años en éstas pacientes.
- Existe relación entre la adherencia de las pacientes con cáncer cervicouterino al tratamiento y la sobrevida a 5 años en ellas.



## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación de los factores socioeconómicos, de los servicios de salud, de la paciente y del cáncer del cuello uterino en la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cérvicouterino.

### ***Objetivos Específicos***

- Determinar la relación existente entre la edad de las pacientes al momento del diagnóstico de cáncer del cuello uterino y la sobrevida a 5 años en dichas pacientes.
- Establecer la asociación entre las enfermedades concomitantes en las pacientes con cáncer cervicouterino y su sobrevida a 5 años.
- Precisar la influencia de la escolaridad y el ingreso familiar en la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- Medir la fuerza de asociación entre la etapa del cáncer cervicouterino de acuerdo con la FIGO y la sobrevida a 5 años en éstas pacientes.
- Precisar la intervención del tipo histológico del cáncer del cuello uterino en la sobrevida a 5 años de las pacientes con dicha enfermedad.
- Establecer la relación existente entre el grado de diferenciación celular del cáncer del cuello uterino y la sobrevida a 5 años de las pacientes con ésta enfermedad.
- Precisar la influencia de la afectación a ganglios linfáticos y la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- Determinar la relación existente entre la accesibilidad geográfica, económica y de los servicios de salud con la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino.
- La oportunidad en el diagnóstico y tratamiento en las pacientes con cáncer cervicouterino influye en su sobrevida a 5 años.
- Establecer la asociación existente entre el tipo de tratamiento otorgado a las pacientes con cáncer cervicouterino y la sobrevida a 5 años en dichas pacientes.
- Existe relación entre la adherencia de las pacientes con cáncer cervicouterino al tratamiento y la sobrevida a 5 años en éstas pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### *Diseño del Estudio*

Cohorte retrospectiva.

### *Lugar de Estudio*

Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" (HGO No. 4) y Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI (HOCMNSXXI), de la Delegación 3 Suroeste, del IMSS.

### *Periodo de Estudio*

Del 1 de marzo al 31 de agosto de 2001.

### *Población de Estudio*

Se incluirán a todas las mujeres derechohabientes del IMSS, con diagnóstico histopatológico y clínico de cáncer cervicouterino, del 1 de enero de 1994 al 30 de junio de 1996, en el HGO No. 4, que cumplan con los criterios de selección.

### *Tamaño mínimo de muestra*

Se calculó el tamaño mínimo de muestra con base en la fórmula:  $n = [z_{1-\alpha/2} / \epsilon]^2$ , en donde

$| \lambda - \lambda | = z_{1-\alpha/2} [ \lambda / \sqrt{n} ]$  con  $\epsilon = | \lambda - \lambda | / \lambda$ , bajo el supuesto de un error de  $\pm 10\%$  con una tasa de incidencia de 11.36, el tamaño mínimo de muestra con un nivel de confianza del 95%, se esperaría obtener a 385 personas, y si le adicióno un 10% de pérdidas o datos incompletos, se estima un tamaño mínimo de muestra de 424 personas<sup>49</sup>.

### *Criterios de selección*

#### Inclusión

- Mujeres derechohabientes del IMSS, con diagnóstico de cáncer cervicouterino en los registros de histopatología, del 1 de enero de 1994 al 30 de junio de 1996, en el HGO No. 4.
- Que contaron con expediente clínico en el HGO No. 4 o en el HOCMNSXXI o que se encontraron en el registro de oncología quirúrgica del HGO No. 4.
- Haber podido localizar a la paciente mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias, para la entrevista directa, o en su caso, que los familiares de la paciente hayan podido ser localizados mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias para la entrevista indirecta.
- Que la paciente y/o sus familiares hayan aceptado participar en el estudio.

#### No inclusión

- Pacientes con otro tipo de tumor maligno primario.

## ***Operacionalización de Variables***

### **Variable dependiente**

Sobrevida a 5 años del cáncer cervicouterino (ver anexo 2).

**Definición:** Tiempo transcurrido desde el diagnóstico histopatológico y clínico de cáncer cervical hasta la terminación del estudio o la presentación del evento, que puede ser la pérdida o muerte.

**Operacionalización:** Se medirá en años, a partir del diagnóstico de cáncer cervical por histopatología y clínica hasta la terminación del estudio o presentación del evento, obteniendo el dato del registro histopatológico en el departamento de anatomía patológica, del expediente clínico de la paciente, y/o de la entrevista domiciliaria (escala: de intervalo; indicador: en años).

### **Variables independientes**

Edad al momento del diagnóstico.

**Definición:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de cáncer cervicouterino por histopatología y clínica.

**Operacionalización:** Se preguntará la edad en años cumplidos al momento del diagnóstico (escala: de razón; indicador: años).

Enfermedades Concomitantes.

**Definición:** Enfermedades subyacentes diagnosticadas además del cáncer cervicouterino.

**Operacionalización:** Se preguntará a la paciente la presencia de otras enfermedades en el momento del diagnóstico (escala: nominal; indicador: sí o no y especificarla).

Etapas clínicas del cáncer cervicouterino (FIGO).

**Definición:** Clasificación internacional para determinar el estadio en que se encuentra el cáncer cervicouterino, que permite tanto a individuos como a instituciones usar un lenguaje común para comparar estadísticas terapéuticas. Se basa inicialmente en la palpación e inspección del cérvix, vagina, parametrios y paredes pélvicas, la extensión de la enfermedad puede ser evaluada por radiografías de tórax, pielografía intravenosa, cistoscopias, o proctoscopias.

**Operacionalización:** Se tomará la etapa clínica del expediente clínico o registros de oncología quirúrgica del HGO No. 4 o del expediente clínico en el HOCMNSXXI (escala: ordinal; indicador: 0 a IV).

### Tipo histológico.

Definición: Diferentes tipos celulares de cáncer invasor del cérvix incluye: el de células escamosas, adenocarcinoma, de células claras e indiferenciado, los escamosos a su vez se pueden categorizar en neoplasias escamosas de células gigantes queratinizadas, células gigantes no queratinizadas o carcinoma de células pequeñas; el adenocarcinoma puede ser puro, o mixto con el de células escamosas; algunos otros tipos histológicos muy raros son: melanomas, sarcomas y tumores metastásicos.

Operacionalización: Se tomará el reporte del registro de histopatología en el HGO No. 4 (escala: nominal; indicador: escamoso, adenocarcinoma, mixto, especificar otro, especificar subvariedad).

### Grado de diferenciación celular.

Definición: El grado de diferenciación dado por patología a las células neoplásicas.

Operacionalización: Se tomará de los registros de histopatología (escala: ordinal; indicador: bien, moderado, poco, indiferenciado, no especificado).

### Afectación a ganglios linfáticos.

Definición: Metástasis a nódulos linfáticos.

Operacionalización: Se considerará si los ganglios periaórticos y los ganglios pélvicos se encuentran afectados, reportados en piezas de patología, o mediante otros exámenes diagnósticos (escala: nominal, indicador: ganglios periaórticos positivos o negativos, y ganglios pélvicos positivos o negativos), también se medirán metástasis a otros órganos (escala: nominal; indicador: ninguna, pulmones, cavidad abdominal, hígado, tracto intestinal, especificar otra).

### Escolaridad.

Definición: Último grado escolar aprobado.

Operacionalización: Se interrogará sobre el último grado escolar cursado y acreditado (escala: ordinal, indicador: analfabeta, sabe leer y escribir, primaria, secundaria, técnico ó bachillerato, profesional ó postgrado).

### Ingreso Familiar.

Definición: La cantidad monetaria percibida por todos los miembros de la familia en forma mensual, como retribución a su (s) trabajo (s).

Operacionalización: Se preguntará el ingreso familiar actual (escala: de razón, indicador: cantidad en pesos), y si el ingreso familiar de hace 5 años era mejor, igual o peor que el actual, (escala: ordinal, indicador: mejor, igual o peor que el actual).

### Tipo de tratamiento.

**Definición:** El tratamiento del cáncer cervicouterino está determinado por varios factores, como son la etapa, el tipo histológico, la evidencia de nódulos linfáticos involucrados, factores de riesgo para la cirugía o radiación, y la preferencia de la paciente. Sin embargo, la forma generalizada para otorgar el tratamiento, se basa en la etapa del cáncer del cuello uterino de la clasificación de la FIGO, y puede ser conservador, quirúrgico (histerectomía extrafascial, histerectomía radical), radiaciones (teleterapia, braquiterapia) y quimioterapia (Cisplatino, Ifosfamida, Paclitaxel, Ifosfamida-Cisplatino).

**Operacionalización:** Se tomará el dato para el tipo de tratamiento, del expediente clínico del HGO No. 4, o de los registros de oncología quirúrgica de dicho hospital, o del expediente clínico del HOCMNSXXI (escala: nominal; indicador: conservador, quirúrgico, radioterapia, quimioterapia y combinaciones de éstos)

### Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento.

**Definición:** Tiempo entre el diagnóstico citológico y el diagnóstico de confirmación de cáncer cérvicouterino; del diagnóstico de confirmación al inicio del tratamiento y desde el inicio del tratamiento al término del mismo.

**Operacionalización:** Se tomarán del expediente clínico o de los registros de oncología quirúrgica del HGO No. 4, o del expediente clínico del HOCMNSXXI, la fecha de realización del papanicolaou sospechoso de cáncer del cuello uterino y la fecha de inicio y término del tratamiento, de los registros de histopatología del HGO No. 4 se obtendrá la fecha de interpretación por el Anatomopatólogo (escala: continua; indicador: numérico en días, para cada lapso: 1) Entre el diagnóstico citológico y el de biopsia histopatológica, 2) Entre el diagnóstico histopatológico y el inicio del tratamiento y 3) Entre el inicio y el término del tratamiento).

### Adherencia al tratamiento.

**Definición:** Apego de la paciente al tratamiento indicado.

**Operacionalización:** Se tomará el dato del expediente clínico del HGO No. 4, o de los registros de oncología quirúrgica de dicho hospital, o del expediente clínico del HOCMNSXXI, tomando en cuenta la fecha de inicio del tratamiento y de término del mismo, así como se verificará en el expediente y en la tarjeta de citas de la paciente el cumplimiento de todas sus citas (escala: nominal; indicador: sí o no).

### Accesibilidad.

**Definición:** Sucesos convenientes para conseguir servicios personales de salud y alcanzar el mejor resultado de salud posible; los obstáculos para el

acceso a los servicios de salud pueden ser económicos, geográficos u organizacionales.

**Operacionalización:** Se medirá la accesibilidad geográfica de acuerdo al área de residencia de la paciente (escala: nominal; indicador: rural o urbana), y por el medio de transporte habitual a la UMF y al hospital de atención del cáncer del cuello uterino, (escala: nominal; indicador: caminando, bestias, camión, auto, metro, avión, especificar otro) y el tiempo empleado en cada medio de transporte para acudir a la UMF y al hospital (escala: continua, indicador: minutos). La accesibilidad económica se medirá preguntando en la entrevista la cantidad de dinero empleada en cada ocasión que acudió al tratamiento del cáncer del cuello uterino (escala: continua; indicador: pesos), si contaba con el recurso económico suficiente para acudir a tratamiento (escala: nominal; indicador: sí o no) o si provenía de otra área fuera del DF, si le pagaban viáticos a ella y/o a su acompañante (escala: nominal; indicador: sí o no). La accesibilidad de los servicios de salud se medirá con datos del expediente clínico o en la entrevista preguntando la institución de inicio del tratamiento y del control del cáncer del cuello uterino (escala: nominal; indicador: IMSS, ISSSTE, SSA, SEDENA, Naval, DDF, PEMEX, Especificar otro) y preguntando la continuidad en su derechohabencia al IMSS durante el control de su enfermedad (escala: nominal; indicador: sí o no), y la causa de no llevar su control del cáncer cérvicouterino en el IMSS (escala: nominal, indicador: especificar).

## METODOLOGÍA

### Instrumentos de recolección

#### Fuentes primarias:

Entrevista directa o indirecta por medio de cuestionario estructurado, el cual consta de 5 partes que comprenden:

- Datos de identificación.
- Datos socioeconómicos.
- Factores de la paciente.
- Factores de los servicios de salud.
- Factores del cáncer cervical.

#### Fuentes secundarias:

- Registro de histopatología del servicio de anatomía patológica del HGO No. 4.
- Registro de cáncer cervicouterino del servicio de oncología quirúrgica del HGO No. 4.
- Expedientes clínicos del HGO No. 4 y del HOCMNSXXI.

### Organización general

En el HGO No. 4, en el servicio de Patología, se incluyeron a todas las pacientes a quienes en los registros de histopatología se les diagnosticó cáncer cervicouterino del 1º de enero de 1994 al 30 de junio de 1996, se captaron los siguientes datos: Nombre de la paciente, número de afiliación, diagnóstico de envío, fecha y diagnóstico de patología; posteriormente en el archivo se solicitaron los expedientes clínicos de éstas pacientes, en caso de no localizarlos, se revisaron los registros de cáncer cervicouterino del servicio de oncología quirúrgica en dicho hospital, también en el HOCMNSXXI, en el archivo clínico se solicitaron los expedientes de las pacientes que fueron derivadas para radioterapia; de éstos expedientes clínicos o de los registros de oncología quirúrgica, se obtuvieron las etapas clínicas y otras variables del tumor y algunas de la oportunidad de la atención y se captaron los datos de identificación de las pacientes, incluyendo teléfono y/o domicilio, y se tomaron los datos clínicos y de tratamiento. Finalmente, de las pacientes que se tuvo la información previa, se intentó su localización (hasta 3 veces) mediante llamadas telefónicas, telegramas o visitas domiciliarias, para poder realizar la entrevista directa con el cuestionario estructurado a las pacientes, y en caso de haber fallecido, en forma indirecta a un familiar.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Univariado: Frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión.

Bivariado: Método de Kaplan-Meier, Log-Rank.

Multivariado: Regresión de riesgos proporcionales de Cox

### **Consideraciones éticas**

El presente trabajo no representó riesgos a la población de estudio, ya que en ningún momento se realizaron intervenciones ni se vió amenazada su integridad física, por lo que no se requirió autorización escrita con consentimiento informado, se les invitó a participar voluntariamente, previa explicación, solicitando su autorización verbal.



## RESULTADOS

### Análisis Univariado

Se incluyeron 340 pacientes con diagnóstico histopatológico y clínico de cáncer cervicouterino del 1° de enero de 1994 al 30 de junio de 1996, de éstas se localizó a 173 pacientes para conocer su estado vital y aplicarles un cuestionario estructurado. De las 173 pacientes, 57 murieron (32.9%) y se encontraron vivas a 116 (67.1%). No se localizó a 167 pacientes, por lo que fueron tomadas como censadas. A continuación se muestran las etapas clínicas del total de pacientes según fueron localizadas o no.

Etapas Clínicas	Localizadas		No Localizadas	
	Número de Vivas	Número de Muertas	Número de Censadas	Número Total
In Situ	15	2	17	34
IA	3	0	4	7
IA1	8	0	5	13
IA2	7	0	3	10
IB	37	6	30	73
IB1	2	0	0	2
IB2	1	0	3	4
IIA	2	0	5	7
IIB	27	27	48	102
IIIA	1	1	1	3
IIIB	8	11	34	53
IV	0	0	2	2
IVA	0	1	1	2
IVB	1	1	1	3
NCTFU	4	8	13	25
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>57</b>	<b>167</b>	<b>340</b>

### Edad al momento del diagnóstico

La media de edad de las pacientes fue de 50.2 años (DS =  $\pm 12.79$ ), con un rango de edades entre 19 y 83 años al momento del diagnóstico. El total de las pacientes fue categorizado en 5 grupos de edad se observó que 89.1% de ellas (N = 303), fueron mayores de 35 años de edad.

Grupos de Edades	Número	%
19-34	37	10.9
35-44	89	26.2
45-54	91	26.8
55-64	70	20.6
65-83	53	15.5
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

### Enfermedades concomitantes

Se encontró que la mayoría de las pacientes (62.9%), no cursaba con enfermedades concomitantes al cáncer cervicouterino.

Enfermedades Concomitantes	Número	%
Con Enfermedades Concomitantes	126	37.1
Sin Enfermedades concomitantes	214	62.9
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

En quienes sí tuvieron enfermedades concomitantes, se observó que la más común de las enfermedades fue hipertensión arterial, seguida de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad; algunas pacientes presentaron más de una enfermedad concomitante. No se identificaron mujeres con padecimientos inmunodepresivos, incluyendo VIH-SIDA.

Enfermedades Concomitantes	Número	%
Hipertensión Arterial	61	39.8
Diabetes mellitus tipo2	37	24.2
Obesidad	33	21.6
Cardiopatía Isquémica	3	1.9
Pulmonar	5	3.3
Otras enfermedades	14	9.2
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

### Escolaridad

Se logró conocer la escolaridad en 172 pacientes, de éstas, 110 se encontraban vivas, 50 fallecidas y 12 censadas. Se encontró al 8.1% como analfabeta, al

30.8% que sabe leer y escribir y al 30.2% con primaria completa. Sólo el 6.4% de las pacientes tenían estudios profesionales.

Escolaridad	Número	%
Analfabeta	14	8.1
Lee y escribe	53	30.8
Primaria	52	30.2
Secundaria	14	8.1
Preparatoria/Técnicas	28	16.3
Profesional	11	6.5
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

### Ingreso familiar

Con relación al ingreso familiar, se conoció ésta información en 158 pacientes, 70% vivas y 30% fallecidas. El rango del ingreso fue de 200 a 20,000 pesos al mes, por lo que se agruparon dichos ingresos de acuerdo con la mediana  $\leq 2,000$  pesos y  $>2,000$  pesos de ingreso familiar mensual.

Ingreso Familiar	Número	%
$\leq 2,000$ pesos	96	60.8
$> 2,000$ pesos	62	39.2
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

### Tipo histológico

La mayor parte de las pacientes (74%), tenía un carcinoma escamoso, seguidos por el adenocarcinoma y el mixto. En 43 casos (12.6%), no fue posible identificar el tipo histológico, debido a que en 23 eran lesiones *in situ* y en 14, micro invasoras, el resto de no especificadas correspondieron, 4 a etapas invasoras y 2 a No Clasificables Tratadas Fuera de la Unidad (NCTFU).

Tipo histológico	Número	%
Neuroendócrino	2	0.6
Escamoso	221	65
Adenocarcinoma	42	12.4
Mixto (Adenoescamoso)	32	9.4
In situ	23	6.7
No especificado	20	5.9
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

### Etapa clínica

Con respecto a la etapa clínica, se incluyeron pacientes con etapas de la 0, que corresponde al carcinoma cervicouterino *in situ*, hasta IVB donde hay propagación del cáncer a órganos distantes; también se incluyeron pacientes con lesiones "no clasificables, tratadas fuera de la unidad" (NCTFU), que fueron referidas al Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 o al Hospital de Oncología, después de iniciado el tratamiento primario contra el cáncer.

Etapa Clínica	Número Total	%
In Situ	34	10
IA	7	2.1
IA1	13	3.8
IA2	10	2.9
IB	73	21.5
IB1	2	0.6
IB2	4	1.2
IIA	7	2.1
IIB	102	30
IIIA	3	0.9
IIIB	53	15.6
IV	2	0.6
IVA	2	0.6
IVB	3	0.9
NCTFU	25	7.4
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Para su análisis, las etapas fueron clasificadas en 6 grupos, de acuerdo con la probabilidad de sobrevida en cada uno de ellos.

El 59.1% de las pacientes fue diagnosticada en etapas desde IB2 hasta las más avanzadas, con lesiones superiores a 4 cms de tamaño.

Etapa clínica	Número	%
In situ	34	10
IA-IB1	105	30.9
IB2-IIA	11	3.2
IIB-IIIA	105	30.9
IIIB	53	15.6
IVA-IVB + NCTFU*	32	9.4
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

\* No clasificables tratadas fuera de la unidad

### Grado de diferenciación celular

Este cofactor se encontró reportado solo en el 27.3% de las 340 pacientes. Siendo el de mayor frecuencia el grado de diferenciación celular moderadamente diferenciado.

Grado de Diferenciación	Número	%
Bien	24	7.2
Moderado	43	12.6
Poco	26	7.6
No especificado	247	72.6
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

### El estado de los ganglios linfáticos

Este es un cofactor importante en la sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino, se encontraron solo al 3.8% de las pacientes con invasión a ganglios linfáticos en el momento del diagnóstico. Este dato no es confiable debido a que se tomaron como no invadidos a los casos en que éste dato no se consignaba en los expedientes clínicos. Lo que es evidente fue que sólo una mínima cantidad de médicos le dio importancia a éste factor, si lo comparamos con que la mayoría de las pacientes tenían un cáncer cervicouterino invasor.

Estado de ganglios linfáticos	Número	%
Sin invasión	327	96.2
Con invasión	13	3.8
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

### Accesibilidad Geográfica

Esta variable se construyó con un indicador que consideraba la zona de residencia (urbana o rural), el tiempo y los medios de transporte empleados para acudir a su unidad de medicina familiar y al hospital donde fue atendida. Se clasificó en 2 grupos, sin y con accesibilidad geográfica, y fue posible conocerla en 165 pacientes; de éstas, 108 se encontraron vivas y 52 muertas.

Accesibilidad Geográfica	Número	%
SIN ACC. GEOGRAFICA*	96	58.2
CON ACC. GEOGRAFICA**	64	38.8
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

\* Vive en zona rural, emplea más de un medio de transporte y le toma más de 60 minutos el traslado al hospital de atención

\*\* Vive en zona urbana, emplea 1 o 2 medios de transporte y le toma 60 minutos o menos el traslado al hospital de atención

### Accesibilidad Económica

Esta variable se conformó tomando en cuenta si contaban con el recurso económico suficiente para acudir a sus citas médicas. Se clasificó en 2 grupos, quienes sí tenían accesibilidad económica y quienes no. Se contó con información del 53.1% de las pacientes localizadas.

Accesibilidad Económica	Número	%
Con Acc. Económica	65	29.3
Sin Acc. Económica	27	70.7
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

### Accesibilidad de los servicios de salud

Respecto de ésta variable, se conformó tomando en cuenta la institución donde inició el tratamiento primario, el número de consultas de control del cáncer cervicouterino, el médico especialista que realizó el control del cáncer cervical, si la regresaron alguna vez sin ser atendida, el número de veces que la regresaron sin atención médica, si le pagaban viáticos para acudir a la consulta médica a la paciente y a un acompañante, si es que éstos procedían administrativamente. Se encontró que la mayoría de las pacientes cursó con mala accesibilidad de los servicios de salud (52%).

Accesibilidad de los servicios de salud	Número	%
Mala Accesibilidad	90	52
Buena Accesibilidad	83	48
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>

### Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento

Esta variable se conformó tomando en cuenta en las pacientes que tenían un papanicoloau previo, si tenían molestias cuando se lo hicieron, como la oportunidad de las pacientes; el tiempo entre el papanicoloau y la biopsia y el tiempo entre la biopsia y el inicio del tratamiento se tomaron en cuenta para la oportunidad de los servicios de salud, y el resultado del papanicoloau. Se conoció esta información en el 93% de las pacientes localizadas. Se clasificó en forma dicótoma a la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento para las pacientes, y en 3 categorías a la de los servicios de salud.

<b>Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sintomática al Pap.	138	79,8%
Asintomática al Pap	35	20,2%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100%</b>
Sin molestias previas al Pap.	42	26,1%
Con molestias previas al Pap.	99	61,5%
No aplica	20	12,4%
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100%</b>
<b>Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de los Ss de Salud</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Tiempo Pap-Bx >60 días	79	53%
Tiempo Pap-Bx 31-60 días	25	16,8%%
Tiempo Pap-Bx <31 días	45	30,2%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100%</b>
Tiempo Bx-Tx >60 días	53	33,1%
Tiempo Bx-Tx 31-60 días	43	26,9%
Tiempo Bx-Tx <31 días	64	40%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

#### **Tipo de tratamiento**

Con relación al tratamiento otorgado a las pacientes, se describen los resultados tomando en cuenta sólo a aquellas pacientes a quienes fue posible localizar. La mayoría recibió radioterapia (46,8%), seguido de cirugía en el 32,9% de las pacientes. El 0,06% de las pacientes abandonó el tratamiento.

<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Cirugía	57	32,9
Radioterapia	81	46,8
Cirugía + Radioterapia	27	15,6
Quimioterapia + Radioterapia/Cirugía	7	4
Abandono	1	0,6
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>

#### **Adherencia al tratamiento**

Se contó con la información de 156 pacientes de las 173 que si fue posible localizar para conocer la adherencia al tratamiento, encontrando que la mayoría de éstas (83,3%) si se apegó al tratamiento.

<b>Adherencia al tratamiento</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Con adherencia	130	83.3
Sin adherencia	26	16.7
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

### **Recurrencia**

Esta variable se encontró como hallazgo durante el estudio, esta muy relacionada con la sobrevida de las pacientes, debido a que se puede presentar recurrencia al cáncer cervicouterino por persistencia de la enfermedad a pesar del tratamiento otorgado, o bien por recurrencia del cáncer cervicouterino de la misma estirpe histológica, en un sitio diferente al inicial. Se conoció esta información en 312 pacientes.

<b>Recurrencia</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sin recurrencia	98	31.4
Con recurrencia	214	68.6
<b>Total</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

### **BIVARIADO**

Se estimó la sobrevida a 5 años por el método de Kaplan-Meier y se compararon las curvas de sobrevida con el estadístico Log-Rank, y un valor alfa al 0.05, en cada una de las variables. Para el análisis bivariado, se consideraron únicamente a las pacientes que fue posible localizar, debido a que por el gran porcentaje de pacientes censadas, los resultados obtenidos con el 100% de las pacientes, fueron incongruentes en más de una variable. Esto se realizó con la finalidad de lograr una mejor estimación de la probabilidad de sobrevida.

### **Edad de las pacientes**

Cuando se estimó la probabilidad de sobrevida en los diferentes grupos de edades de las pacientes, se observó que la menor probabilidad de sobrevida se presentó en los grupos de edad extremos, el de las más jóvenes (52.63%) y el de las mayores (50%).

<b>Grupos de Edades</b>	<b>Número Total</b>	<b>Número de Defunciones</b>	<b>Número de Sobrevivientes</b>	<b>Probabilidad de Sobrevida</b>
19-34	19	9	10	52.63%
35-44	48	13	35	72.92%
45-54	50	13	37	74%
55-64	36	12	24	66.67%
65-83	20	10	10	50%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 6.42, P = 0.1699



### Enfermedades concomitantes

La probabilidad de sobrevida estimada cuando hubo enfermedades concomitantes al cáncer cervicouterino fue levemente mejor que cuando no hubo dichas enfermedades (69.57% vs 65.38%).

Enfermedades Concomitantes	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Con Enfermedades Concomitantes	69	21	48	69.57%
Sin Enfermedades concomitantes	104	36	68	65.38%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 0.33, P = 0.5652

### Escolaridad

Respecto a la escolaridad, la probabilidad estimada de sobrevida fue menor en aquellas pacientes con secundaria completa (57.14%) seguida de quienes terminaron la primaria (64%). La mejor probabilidad de sobrevida fue en las pacientes con estudios profesionales (80%).

Escolaridad	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Analfabeta	11	3	8	72.73%
Lee y escribe	51	14	37	72.55%
Primaria	50	18	32	64%
Secundaria	14	6	8	57.14%
Preparatoria/Técnicas	24	7	17	70.83%
Profesional	10	2	8	80%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>50</b>	<b>110</b>	<b>68.75%</b>

Log Rank = 1.71, P = 0.88.74

### Ingreso familiar

Con relación al ingreso familiar, la probabilidad de sobrevida estimada fue mayor en las pacientes con ingresos familiares superiores a 2,000 pesos al mes (74.19%), en comparación con las que tuvieron ingresos  $\leq$  2,000 pesos (66.67%).

Ingreso Familiar	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
$\leq$ 2,000 pesos	96	32	64	66.67%
> 2,000 pesos	62	16	46	74.19%
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>48</b>	<b>110</b>	<b>69.62%</b>

Log Rank = 1.31, P = 0.2522

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## Etapa clínica

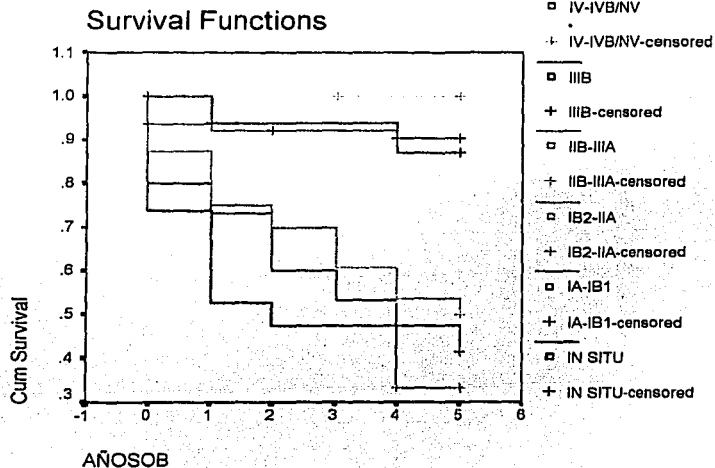
Con respecto a la etapa clínica, se pudo apreciar que la estimación de la probabilidad de sobrevida es mejor en las primeras etapas de la enfermedad (88.24-100%), en comparación con las etapas más avanzadas (en que disminuye a 33.33%), y fue estadísticamente significativo.

Etapa clínica	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
In situ	17	2	15	88.24%
IA-IB1	63	6	57	90.48%
IB2-IIA	3	0	3	100%
IIB-IIIA	56	28	28	50%
IIIB	19	11	8	42.11%
IVA-IVB + NCTFU*	15	10	5	33.33%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

\* No clasificables tratadas fuera de la unidad

Log-Rank = 39.84, P <0.0001

**Gráfica de Kaplan-Meier para la Etapa Clínica**



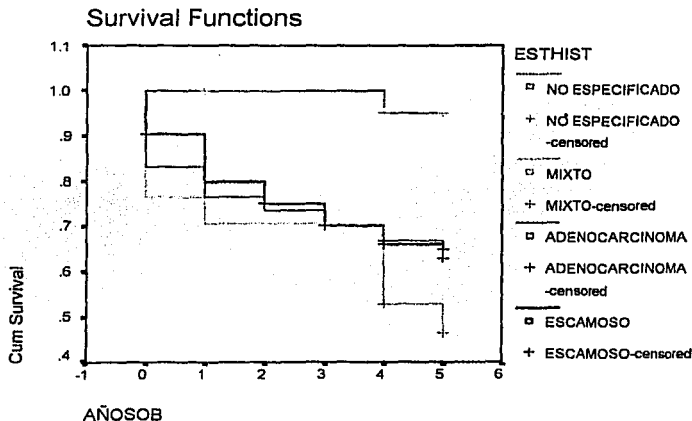
**Tipo histológico**

En cuanto al tipo histológico, la estimación de probabilidad de sobrevida más baja se observó en aquellas pacientes con un cáncer cervicouterino mixto (adenoescomoso), y fue de 47.06%, con significancia estadística.

Tipo histológico	Número Total	Número de defunciones	Número de sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Escamoso	105	36	69	65.71%
Adenocarcinoma	30	11	19	63.33%
Mixto (Adenoescomoso)	17	9	8	47.06%
No especificado	21	1	20	95.24%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 9.82, P = 0.0201

**Gráfica de Kaplan-Meier para el Tipo Histológico**



**Grado de diferenciación celular**

Respecto al grado de diferenciación celular, se observó que la mayor estimación de la probabilidad de sobrevida correspondió a las pacientes con un carcinoma cervicouterino bien diferenciado (84.62%).

Grado de Diferenciación	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Bien	13	2	11	84.62%
Moderado	24	11	13	54.17%
Poco	10	5	5	50%
No especificado	126	39	87	69.05%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 4.62, P = 0.2020

### El estado de los ganglios linfáticos

La estimación de la probabilidad de sobrevida con relación a los ganglios linfáticos invadidos fue mayor en quienes tenían invasión a ganglios (80%) en comparación con quienes no la presentaron (66.26%).

Estado de Ganglios linfáticos	Número Total	Número de Defunciones	Número de sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Sin invasión	163	55	108	66.26
Con invasión	10	2	8	80%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 1.05, P = 0.3057

### Accesibilidad Geográfica

La estimación de la probabilidad de sobrevida relacionada con la accesibilidad geográfica fue más baja en las pacientes con buena accesibilidad geográfica (64.06%) en comparación con la del resto de las pacientes, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Accesibilidad Geográfica	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Mala Accesibilidad Geográfica	96	29	67	69.79
Buena Accesibilidad Geográfica	64	23	41	64.06
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>52</b>	<b>108</b>	<b>67.5</b>

Log Rank = 0.51, P = 0.4740

### Accesibilidad Económica

Con respecto a la estimación de la probabilidad de sobrevida para la accesibilidad económica de las pacientes, se encontró que la mas baja correspondió a quienes tenían mala accesibilidad económica (62.96%).

Accesibilidad Económica	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Mala	27	10	17	62.96
Buena	65	19	46	70.77
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>29</b>	<b>63</b>	<b>68.48</b>

Log Rank = 0.36, P = 0.5465

### Accesibilidad de los servicios de salud

La estimación de probabilidad de sobrevida respecto a la accesibilidad de los servicios de salud fue más baja en quienes tenían mala accesibilidad (64.44%), en comparación con quienes presentaron buena accesibilidad de los servicios de salud (69.88%).

Accesibilidad de los servicios de salud	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de Sobrevida
Mala	90	32	58	64.44%
Buena	83	25	58	69.88%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 0.54, P = 0.4625

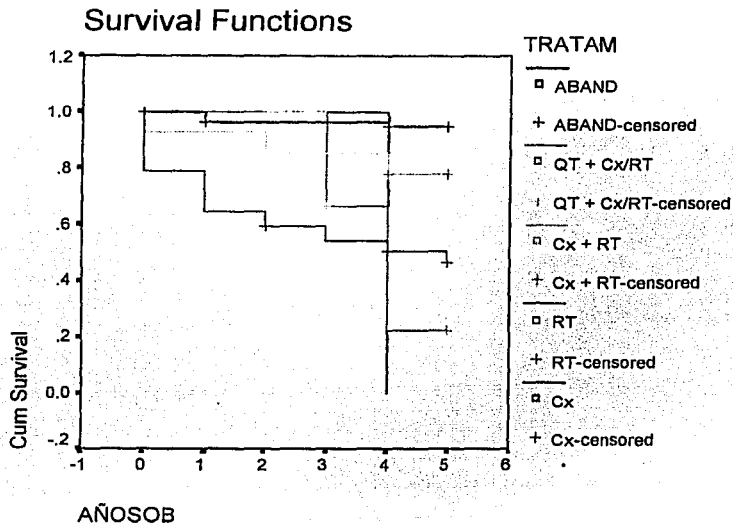
### Tipo de tratamiento

Respecto a la estimación de la probabilidad de sobrevida en las pacientes y el tipo de tratamiento recibido, se encontró que la mayor probabilidad de sobrevida fue para las que recibieron cirugía (94.74%), seguidas por quienes recibieron tratamiento combinado de cirugía más radioterapia (77.78%). De las pacientes que abandonaron el tratamiento solo se logró ubicar a una de ellas ya con defunción, por lo que se observó una sobrevida en ella del 0%, éstos resultados fueron estadísticamente significativos.

Tipo de tratamiento	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Cirugía	57	3	54	94.74%
Radioterapia	81	43	38	46.91%
Cirugía + Radioterapia	27	6	21	77.78%
Quimioterapia + Radioterapia/Cirugía	7	4	3	42.86%
Abandono	1	1	0	0
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 39.76, P < 0.0001

Gráfica de Kaplan-Meier para el Tipo de Tratamiento



**Adherencia al tratamiento**

Con respecto a la estimación de la probabilidad de sobrevida en las pacientes que se apegaron al tratamiento, se encontró que fue mejor en quienes se apegaron al tratamiento (71.76%), en comparación con las que no (53.85%).

Adherencia al tratamiento	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Con adherencia	130	37	93	71.54%
Sin adherencia	26	12	14	53.85%
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>49</b>	<b>107</b>	<b>68.59%</b>

Log Rank = 3.39, P = 0.0657

### Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento

Respecto a la estimación de la probabilidad de sobrevida para la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento se optó por analizar la estimación de la sobrevida en cada una de los reactivos que conforman ésta variable, así tenemos el tiempo entre la toma del papanicolou y la biopsia, el tiempo entre la biopsia y el inicio del tratamiento, la presencia de sintomatología cuando se tomó el papanicolou de detección y si tenía alguna manifestación clínica de la enfermedad.

Tiempo entre papanicolou y biopsia	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
>60 días	79	20	59	74.68%
31-60 días	25	9	16	64%
<31 días	45	15	30	66.67%
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>44</b>	<b>105</b>	<b>70.47%</b>

Log Rank = 1.45, P = 0.4843

Tiempo entre biopsia e inicio de tratamiento	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
>60 días	53	17	36	67.92%
31-60 días	43	8	25	58.14%
<31 días	64	16	48	75%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>51</b>	<b>109</b>	<b>68.13%</b>

Log Rank = 1.45, P = 0.1331

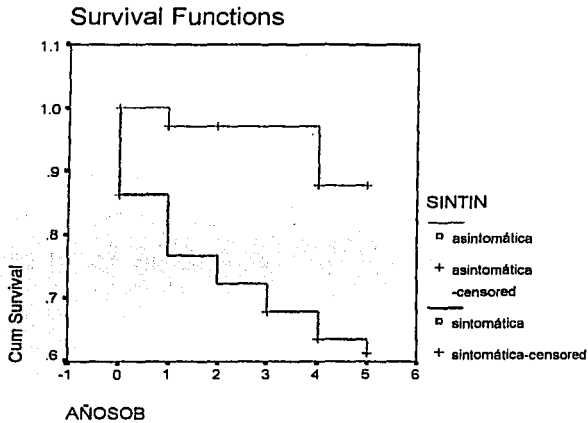
Sintomatología a la toma del papanicolou	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Sintomática	138	53	85	61.59%
Asintomática	35	4	31	88.57%
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>57</b>	<b>116</b>	<b>67.05%</b>

Log Rank = 8.44, P = 0.0037

Molestias previas a la toma del papanicolou	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Con molestias	42	4	38	90.48%
Sin molestias	99	37	62	62.63%
No aplica	20	10	10	50%
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>51</b>	<b>110</b>	<b>68.32%</b>

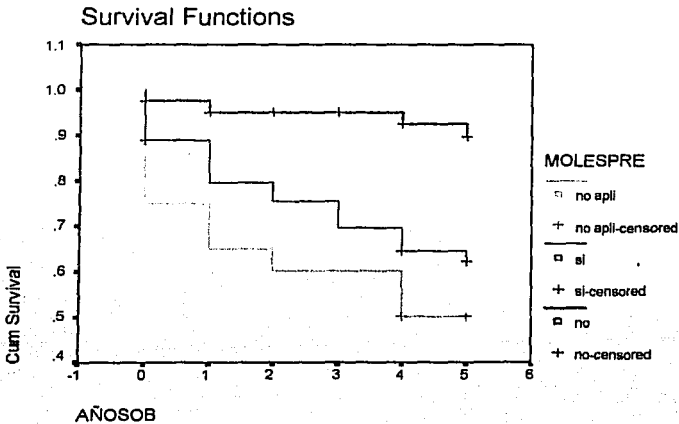
Log Rank = 13.32, P = 0.0013

Gráfica de Kaplan-Meier para la sintomatología en la toma del papanicolaou



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Gráfica de Kaplan-Meier para las molestias previas en la toma del papanicolaou





Se observó en los reactivos que miden la sintomatología que cuando el papanicolaou es tomado cuando ya hay sintomatología o se tienen molestias clínicas, la probabilidad de sobrevida disminuye significativamente en comparación con las pacientes que acudieron a la toma del papanicolaou cuando se encontraban asintomáticas. Esto se pudo observar también en las curvas de sobrevida de Kaplan-Meier.

### Recurrencia

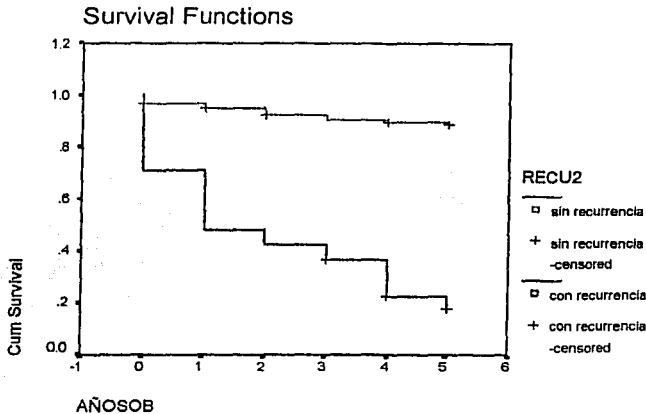
La estimación de la probabilidad de sobrevida en las pacientes que presentaron recurrencia del cáncer cervicouterino fue del 19.23%, en comparación con quienes no presentaron dicha recurrencia, en quienes la probabilidad de sobrevida fue 89.08%, con resultados estadísticamente significativos.

Recurrencia	Número Total	Número de Defunciones	Número de Sobrevivientes	Probabilidad de sobrevida
Con recurrencia	52	42	10	19.23%
Sin recurrencia	119	13	106	89.08
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>55</b>	<b>116</b>	<b>67.84</b>

Log Rank = 98.66, P <0.0001

Gráfica de Kaplan-Meier para la Recurrencia

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**MULTIVARIADO**

Se realizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox como análisis multivariado para encontrar las mejores variables que explicaran la sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer cervicouterino, y así tenemos el modelo que se muestra a continuación:

<b>Variables</b>	<b>Hazard Ratio</b>	<b>Intervalos de Confianza al 95%</b>	<b>Valor de P</b>
Etapa clínica	1.53	1.14-2.05	0.004
Tipo de Tratamiento	0.82	0.60-1.11	0.204
Recurrencia	10.65	4.80-23.60	<0.001
Tipo Histológico	0.90	0.65-1.21	0.467

## DISCUSION

Los resultados reportados mostraron la gran relación que existe entre los cofactores estudiados y la sobrevida en pacientes con cáncer cervicouterino. Como era de esperarse, los factores propios de la enfermedad, como fueron la etapa clínica y el tipo histológico, mostraron mayor importancia en la sobrevida de las pacientes, no sucedió así con la invasión a ganglios en donde por la poca importancia que les dieron los clínicos, no fue posible identificarlos en todas las pacientes con expediente clínico en la primera parte del cuestionario estructurado, debido a que no se encontró consignada ésta información en los expedientes en el 72.6% de las pacientes, aun cuando la gran mayoría de las pacientes bajo estudio tenía un carcinoma cervicouterino en etapas avanzadas. Algo similar ocurrió con el grado de diferenciación celular, en donde los médicos patólogos en los años comprendidos en el estudio, no consideraron importante consignar ésta información en el reporte de histopatología, y le daban más importancia a la subvariedad histopatológica. En fechas recientes, ya se consigna el grado de diferenciación celular en la hoja del reporte de histopatología.

Con relación a la etapa clínica fue éste el cofactor más importante en la sobrevida de las pacientes, como era de esperarse, ya que con base en éste, se otorga el tratamiento médico. Los resultados observados coinciden con los de Flores Luna y cols<sup>16</sup>, quienes reportan una sobrevida similar en pacientes con etapas I a la IV, pero a diferencia de ellos, en éste estudio se agruparon las etapas de acuerdo con la probabilidad de sobrevida de las pacientes según cada etapa clínica.

En lo que se refiere al tipo histológico, en este estudio coincidimos con Gallup DG, et al<sup>23</sup> quien reporta la menor probabilidad de sobrevida en las pacientes con tipo histológico de cáncer mixto (adenocarcinoma).

Con relación a la edad de las pacientes, los resultados obtenidos coinciden con los de Lai CH et al., quien reportó que la sobrevida de las pacientes era menor cuando el diagnóstico de cáncer cervicouterino se hacía antes de los 35 años, en comparación con cuando dicho diagnóstico se realizaba después de los 35 años<sup>14</sup>. En éste estudio, los grupos de edades extremas son los que presentaron menor probabilidad de sobrevida, en el de 19 a 34 años fue de 52.63%, y en el de 65 a 83 años de 50%.

En lo referente a enfermedades concomitantes, no hubieron pacientes con enfermedades inmunosupresoras, (VIH/SIDA), si en cambio hubieron pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras enfermedades, que no impactaron en la sobrevida de éstas pacientes en gran proporción (69.5% vs 65.38%) para quienes presentaron enfermedades concomitantes y las que no respectivamente.

De la escolaridad, se pudo apreciar que la mayor probabilidad de sobrevida fue para las pacientes con estudios profesionales (80%), acorde con lo que comenta

Lazcano-Ponce y cols, respecto a quienes tienen estudios profesionales acuden cuatro veces más al programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino respecto de las analfabetas funcionales.

Referente al ingreso familiar, se pudo apreciar que la mayor probabilidad de sobrevida fue para las pacientes con ingresos familiares mayores a 2,000 pesos (74.19%), comparadas con quienes percibían menos de dicha cantidad (66.67%), acorde con lo reportado por Mundt AJ, et al., en Ankara, Turquía<sup>19</sup>.

Con lo que respecta al tratamiento otorgado a las pacientes, se encontró una mayor probabilidad de sobrevida en quienes recibieron cirugía (94.74%), seguido de quienes recibieron cirugía más radioterapia (77.78%), y en tercer lugar quienes recibieron solo radioterapia (46.91%); éstos resultados concuerdan con lo reportado por Bethwaite P, et al., en Nueva Zelanda<sup>15</sup>.

En lo referente a la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, se encontró mayor probabilidad de sobrevida en quienes tuvieron menos de 31 días de lapso entre la toma de la biopsia y el inicio del tratamiento, en comparación con quienes tuvieron más amplitud en dicho lapso.

Con relación a la adherencia de las pacientes al tratamiento, hubo mayor probabilidad de sobrevida en quienes se apegaron al tratamiento en comparación con quienes no lo hicieron (71.54 vs 53.85%).

La accesibilidad definida como "el uso oportuno para conseguir servicios personales de salud y alcanzar el mejor resultado posible", se midió desde 3 perspectivas, geográfica, de la paciente y de los servicios de salud, se encontró que la accesibilidad geográfica no intervenía en la sobrevida de las pacientes, al contrario de lo que sucedió en la accesibilidad económica y de los servicios de salud, en quienes la probabilidad de sobrevida era mayor para quienes tenían buena accesibilidad vs mala accesibilidad.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados de éste estudio, podemos concluir que los factores que intervienen en la sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino, no son únicamente los propios de la enfermedad y la edad de las pacientes, como se encuentra reportado en la literatura.

Pese a tener una muestra de estudio pequeña, donde solo pudimos saber el estado vital de 173 pacientes, los resultados muestran que sí hay relación entre cofactores que se midieron en ésta tesis, y que son innovadores respecto a la literatura revisada a nivel nacional y mundial.

Fue de gran importancia conocer como se comportan cofactores distintos a los tomados del expediente clínico, e ir más allá, hasta investigar que otros factores como fueron la accesibilidad de los servicios de salud, la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes, la adherencia de ellas al tratamiento y haber encontrado que la recurrencia al cáncer cervicouterino es un cofactor que resultó estar muy relacionado con la sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino. Esto permitirá a los tomadores de decisiones enterarse de que algunos de los cofactores que intervienen en la sobrevida de las mujeres con cáncer cervicouterino son modificables, y puedan tomar mejores decisiones, y así mejorar el panorama actual de la sobrevida de las pacientes derechohabientes del IMSS con cáncer cervicouterino.



## EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

6.1 [ ] Citología cervical

6.2 Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6.3 Resultado Descriptivo, (Papanicolaou):

- [1]. Normal (I) [2]. Negativo c/inflam. (II) [3]. Displasia Leve (III)  
 [4]. Disp. Moderada (III) [5]. Displasia Severa (III) [6]. Ca. in situ (IV)  
 [7]. Ca. Micro e invasor (V) [8]. Otra: \_\_\_\_\_

6.1 [ ]

6.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6.3 [ ]

7.1 [ ] Colposcopia

7.2 Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

7.3 Resultado:

- [1]. Sin alteraciones [2]. Alt. Inflam. Inespecíficas [3]. NIC  
 [4]. Neoplasia invasora [5]. Otras \_\_\_\_\_

7.1 [ ]

7.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

7.3 [ ]

8.1 [ ] Legrado endocervical

8.2 Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

8.3 Resultado:

- [1]. Cervix normal [2]. Cervicitis Ag. ó Crónica [3]. Inf. Viral  
 [4]. Displasia Leve [5]. Displasia Moderada [6]. Displasia Severa  
 [7]. Cancer in situ [8]. Cáncer micro invasor [9]. Cáncer invasor  
 [10]. Adenocarcinoma [11]. Sarcoma y otros tumores [12]. Maligno no esp.  
 [13]. Insuficiente p/ dx. [14]. Otro \_\_\_\_\_

8.1 [ ]

8.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

8.3 [ ] [ ]

9.1 [ ] Biopsia

9.2 Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9.3 Resultado:

- [1]. Cérvix normal [2]. Cervicitis Ag. ó Crónica [3]. Inf. Viral  
 [4]. Displasia Leve [5]. Displasia Moderada [6]. Displasia Severa  
 [7]. Cancer in situ [8]. Cáncer micro invasor [9]. Cáncer invasor  
 [10]. Adenocarcinoma [11]. Sarcoma y otros tumores [12]. Maligno no esp.  
 [13]. Insuficiente p/ dx. [14]. Otro \_\_\_\_\_

9.1 [ ]

9.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9.3 [ ] [ ]

10.1 [ ] Cono

10.2 Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

10.3 Resultado:

- [1]. Displasia Leve [2]. Displasia Moderada [3]. Displasia Severa  
 [4]. Cancer in situ (NIC 3) [5]. Cáncer micro invasor [6]. Cáncer invasor  
 [7]. Adenocarcinoma [8]. Sarcoma y otros tumores [9]. Maligno no esp.  
 [10]. Insuficiente para dx. [11]. Otro \_\_\_\_\_

10.1 [ ]

10.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

10.3 [ ] [ ]

10.4 [ ] Bordes

10.5 Resultado: \_\_\_\_\_

10.4 [ ]

10.5 [ ]

11.1 [ ] Tomografía

11.2 Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

11.3 Resultado: \_\_\_\_\_

11.1 [ ]

11.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

11.3 [ ]

12.1 [ ] Metástasis  
 12.2 Fecha de diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 12.3 Sitio de metástasis:  
 12.3a [ ] . Ninguna  
 12.3b [ ] . Hígado  
 12.3c [ ] . Pulmón

12.3d [ ] . Tracto intestinal  
 12.3e [ ] . Otra \_\_\_\_\_

12.1 [ ]  
 12.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 12.3a [ ] 12.3d [ ]  
 12.3b [ ] 12.3e [ ]  
 12.3c [ ]

13. Tipo Histológico:  
 [1]. Escamoso [2]. Adenocarcinoma [3]. Mixto [4]. Otro \_\_\_\_\_

13 [ ]

14. Grado de diferenciación celular:  
 [1]. Bien [2]. Moderado [3]. Poco  
 [4]. Indiferenciado [5]. No especificado

14 [ ]

15.1 Ganglios afectados:  
 [1]. Si [2]. No

15.1 [ ]

15.2 Número de ganglios afectados: [ ] [ ]  
 15.3 Localización de los ganglios afectados  
 [1]. Intrapélvicos [2]. Extrapélvicos

15.2 [ ] [ ]

15.3 [ ]

16. Volumen tumoral: [ ] [ ] cms<sup>3</sup>

16 [ ] [ ]

#### ETAPA DEL TUMOR

17 a) [ ] [ ] 17 b) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 17 c) Categoría \_\_\_\_\_  
 18 a) [ ] [ ] 18 b) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 18 c) Categoría \_\_\_\_\_

17a [ ] [ ]  
 17b \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

17c [ ]

Etapa clínica del cáncer cérvicouterino.

- [1]. 0 Carcinoma "in situ"  
 [2]. I Carcinoma limitado al cérvix  
 [3]. IA Carcinoma micro invasor  
 [4]. IA1 Invasión del estroma (profundidad  $\leq 3$ cm, ancho  $\leq 7$ cm)  
 [5]. IA2 Invasión del estroma (profundidad  $> 3 \leq 5$ cm, ancho  $\leq 7$ cm)  
 [6]. IB Lesión limitada al cuello uterino  
 [7]. IB1 Lesión clínica  $\leq 4$ cm de tamaño  
 [8]. IB2 Lesión clínica  $> 4$ cm de tamaño  
 [9]. II Invade, pero no alcanza la pared pélvica, ni el tercio inferior de la vagina  
 [10]. IIA Sin invasión de los parametrios  
 [11]. IIB Compromiso de los parametrios  
 [12]. II Invade la pared pélvica o tercio inferior de la vagina  
 [13]. IIIA No hay extensión a la pared pélvica, invade el tercio inferior de la vag.  
 [14]. IIIB Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal  
 [15]. IV Invade más allá de la pelvis o afecta clínicamente la muc. vesical o rectal  
 [16]. IVA Extensión a los órganos adyacentes  
 [17]. IVB Propagación a órganos distantes  
 [18]. No valorable

18a [ ] [ ]

18b \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

18c [ ]





## 28.6 Medicamento utilizado en monoterapia:

- [1]. Cisplatino [2]. Ifosfamida [3]. Bleomicina  
 [4]. Paclitaxel (Taxol) [5]. 5 Fluoracilo [6]. Otro \_\_\_\_\_

28.6 

28.7 Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

28.7 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

28.8 Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

28.8 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

28.9 Dosis: \_\_\_\_\_ mg/m<sup>2</sup>28.9 

28.10 Ciclos: \_\_\_\_\_

28.10 

## 29.1 Medicamentos utilizados en politerapia:

- 29.1a [  ] Cisplatino 29.1d [  ] Ifosfamida  
 29.1b [  ] Bleomicina 29.1e [  ] 5 Fluoracilo  
 29.1c [  ] Paclitaxel (Taxol) 29.1f [  ] Otro \_\_\_\_\_

29.1a  29.1d 29.1b  29.1e 29.1c  29.1f 

29.2 Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.3 Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.3 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.4 Dosis: \_\_\_\_\_ mg/m<sup>2</sup>29.4 

29.5 Ciclos: \_\_\_\_\_

29.5 

## 29.6 Medicamentos utilizados en politerapia:

- 29.6a [  ] Cisplatino 29.6d [  ] Ifosfamida  
 29.6b [  ] Bleomicina 29.6e [  ] 5 Fluoracilo  
 29.6c [  ] Paclitaxel (Taxol) 29.6f [  ] Otro \_\_\_\_\_

29.6a  29.6d 29.6b  29.6e 29.6c  29.6f 

29.7 Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.7 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.8 Fecha de término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.8 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

29.9 Dosis: \_\_\_\_\_ mg/m<sup>2</sup>29.9 

29.10 Ciclos: \_\_\_\_\_

29.10 

## 30. Recurrencia:

- [1]. Sin recurrencia [2]. Se ignora  
 [3]. Local [4]. Distancia

30 

## 31. Causa de la recurrencia:

- [1]. Enf. Persistente a radiación [2]. Enf. Persistente a cirugía  
 [3]. Enf. Recurrente a radiación [4]. Enf. Recurrente a cirugía

31 

32. Sitio de la recurrencia: \_\_\_\_\_

32 

33. Fecha de la recurrencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

33 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 34. Tratamiento de la recurrencia:

- 34.1 [  ] No aplica 34.4 [  ] Radioterapia  
 34.2 [  ] Se ignora 34.5 [  ] Quimioterapia  
 34.3 [  ] Cirugía 34.6 [  ] Otro \_\_\_\_\_

34.1  34.4 34.2  34.5 34.3  34.6 

35. Fecha de inicio del tx de la recurrencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

35 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

36. Fecha de término del tx de la recurrencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

36 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 37. Complicaciones Postratamiento:

37.1 [ ] Ninguna 37.1a [ ] 37.1b Fecha / / 37.1c [ ] 37.1d Fecha / /  
 37.2 [ ] Les. Vasc. 37.2a [ ] 37.2b Fecha / / 37.2c [ ] 37.2d Fecha / /  
 37.3 [ ] Les vesical 37.3a [ ] 37.3b Fecha / / 37.3c [ ] 37.3d Fecha / /  
 37.4 [ ] Les intestinal 37.4a [ ] 37.4b Fecha / / 37.4c [ ] 37.4d Fecha / /  
 37.5 [ ] Les ureteral 37.5a [ ] 37.5b Fecha / / 37.5c [ ] 37.5d Fecha / /  
 37.6 [ ] Físt. vesic-vag 37.6a [ ] 37.6b Fecha / / 37.6c [ ] 37.6d Fecha / /  
 37.7 [ ] Físt. uret-vag. 37.7a [ ] 37.7b Fecha / / 37.7c [ ] 37.7d Fecha / /  
 37.8 [ ] Infección 37.8a [ ] 37.8b Fecha / / 37.8c [ ] 37.8d Fecha / /  
 37.9 [ ] Otra(s) 37.9a [ ] 37.9b Fecha / / 37.9c [ ] 37.9d Fecha / /

37.1 [ ]  
 37.2 [ ]  
 37.3 [ ]  
 37.4 [ ]  
 37.5 [ ]  
 37.6 [ ]  
 37.7 [ ]  
 37.8 [ ]  
 37.9 [ ]

## 38. Enfermedades concomitantes al momento del diagnóstico:

38.1 [ ] Ninguna 38.5 [ ] CI  
 38.2 [ ] DM1 38.6 [ ] VIII  
 38.3 [ ] DM2 38.7 [ ] Otra: \_\_\_\_\_  
 38.4 [ ] HITA

38 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

39. Fecha de última consulta especializada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

39 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

40. Tiempo de seguimiento \_\_\_\_\_ días.

40 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

41. Intervalo libre de la enfermedad \_\_\_\_\_ días.

41 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

42. Motivo del alta:

[1]. Mejoría [2]. Ref. a otra unidad [3]. No se localizó  
 [4]. Abandono del Tx [5]. Def. por otra causa [6]. Def. por CaCu  
 [7]. Otro: \_\_\_\_\_

42 [ ] [ ]

43. Fecha del alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

43 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

44. Si falleció por CaCu anote la fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

44 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

45. Tiempo de Sobrevida: \_\_\_\_\_ meses.

(Intervalo entre el Dx. histopatológico de cáncer cérvico uterino y la defunción o presentación del evento).

45 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## OBSERVACIONES

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## ENCUESTA PROSPECTIVA

### Saludo

Soy médico residente de la especialidad en Epidemiología en el IMSS y estoy realizando una investigación acerca de algunas situaciones que pueden intervenir en la sobrevida de las pacientes que hayan tenido cáncer del cuello de la matriz, y que hayan sido atendidas en el hospital de Gineco-Obstetricia # 4 Dr. Luis Castelazo Ayala en los años de 1994 a 1996.

¿Desea ud. contestarme algunas preguntas, que son confidenciales y nos ayudarán a saber más sobre éste padecimiento y cómo podemos mejorar la atención?

1. Código de Resultado:

[1]. Completa

[2]. Incompleta

[3]. No aceptó la pte. y/o fam.

[4]. No se localizó a la pte. y/o fam.

1.

### IDENTIFICACIÓN

2. Folio

2.

2.1 Fecha de la entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

2.1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2.2 Nombre: \_\_\_\_\_

A. Paterno

A. Materno

Nombre

2.3 Domicilio: \_\_\_\_\_

calle, número, interior.

señas adicionales

colonia

localidad

delegación ó municipio

estado

código postal

teléfono (s)

2.4 Número de afiliación

3.1 Tipo de entrevista:

[1]. Entrevista directa

[2]. Entrevista indirecta

3.1

3.2 Parentesco con el entrevistado:

[1]. Esposo o compañero

[2]. Hijo (a)

[3]. Hermano (a).

[4]. Madre o Padre

[5]. Tío (a)

[6]. Suegro (a)

[7]. Otro: \_\_\_\_\_.

3.2

3.3 Motivo de entrevista indirecta:

[1]. No se encontró a la paciente

[2]. Defunción.

[3]. Cambió de domicilio

[4]. No aceptó contestar la encuesta.

[5]. Otra: \_\_\_\_\_.

3.3



# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

8.3 ¿Cuál es el ingreso familiar total, mensual? \$ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ pesos

8.3 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

8.4 ¿Cree ud. que el ingreso actual es: [1]. Mejor [2]. Igual [3]. Peor que el de hace 5 años?

8.4 [ ]

### NIVEL SOCIOECONÓMICO

9. Su casa es ... [1]. Prestada [2]. Rentada [3]. Propia [4]. Otro \_\_\_\_\_.

9 [ ]

10. ¿Qué tipo de vivienda tiene?

- [0]. Cuarto [1]. Departamento de interés social  
[2]. Departamento en condominio [3]. Casa

10 [ ]

11. ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda sin contar baños y pasillos? [ ] [ ]

11 [ ] [ ]

12. ¿Cuántos cuartos de la vivienda se utilizan para dormir? [ ] [ ]

12 [ ] [ ]

13. ¿De qué material está construida su vivienda?

- [0]. Cartón [1]. Lámina [2]. Madera  
[3]. Concreto rústico [4]. Concreto resanado

13 [ ]

14. ¿De qué material es el piso de su vivienda?

- [0]. Tierra [1]. Cemento [2]. Loseta o mosaico  
[3]. Alfombra o parquet [4]. Otro \_\_\_\_\_.

14 [ ]

15. ¿Con qué servicios cuenta su vivienda?

- 15.1 [ ] Luz eléctrica 15.4 [ ] Pavimentación  
15.2 [ ] Agua entubada 15.5 [ ] Línea Telefónica,  
15.3 [ ] Drenaje

15.1 [ ] 15.4 [ ]

15.2 [ ] 15.5 [ ]

15.3 [ ]

¿En su casa tiene...?

16. Teléfono [0]. No [1]. Si

16 [ ]

16.1 ¿Cuántos? [ ] [ ]

16.1 [ ] [ ]

17. Computadora [0]. No [1]. Si

17 [ ]

17.1 ¿Cuántos? [ ] [ ]

17.1 [ ] [ ]

18. Videocasetera [0]. No [1]. Si

18 [ ]

18.1 ¿Cuántos? [ ] [ ]

18.1 [ ] [ ]

19. Refrigerador [0]. No [1]. Si

19 [ ]

19.1 ¿Cuántos? [ ] [ ]

19.1 [ ] [ ]

20. Lavadora [0]. No [1]. Si

20 [ ]

20.1 ¿Cuántos? [ ] [ ]

20.1 [ ] [ ]

21. Automóvil [0]. No [1]. Si

21 [ ]

21.1 ¿Cuántos? [ ] [ ]

21.1 [ ] [ ]

22. TV por cable [0]. No [1]. Si

22 [ ]

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

23. Sentía la paciente alguna molestia cuando acudió a que le hicieran el papanicolaou que salió alterado?

23 [ ]

[1]. No [2]. Si

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

24. ¿Qué molestia sentía?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 24.1   <input type="checkbox"/> Asintomática                     | 24.6   <input type="checkbox"/> Hemorragia genital anormal |  |
| 24.2   <input type="checkbox"/> Dolor pélvico                    | 24.7   <input type="checkbox"/> Hem. Postcoito             |  |
| 24.3   <input type="checkbox"/> Dolor irradiado a Ms. Inferiores | 24.8   <input type="checkbox"/> Desc. Vínosa               |  |
| 24.4   <input type="checkbox"/> Hematuria                        | 24.9   <input type="checkbox"/> Desc. Serosanguinolenta    |  |
| 24.5   <input type="checkbox"/> Rectorragia                      | 24.10   <input type="checkbox"/> Otros: _____              |  |

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 24.1   <input type="checkbox"/> | 24.6   <input type="checkbox"/>  |
| 24.2   <input type="checkbox"/> | 24.7   <input type="checkbox"/>  |
| 24.3   <input type="checkbox"/> | 24.8   <input type="checkbox"/>  |
| 24.4   <input type="checkbox"/> | 24.9   <input type="checkbox"/>  |
| 24.5   <input type="checkbox"/> | 24.10   <input type="checkbox"/> |

25. ¿Cuál fue la causa para que usted acudiera a realizarse ese Papanicolaou?

- [1]. Decisión propia      [2]. Presencia de síntomas      [3]. Ya le tocaba  
[4]. La envió su Méd. Fam.      [5]. Otra \_\_\_\_\_

25 |

26. ¿Cuánto tiempo pasó desde ese primer Papanicolaou y la realización de la biopsia en el HGO #4?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| días

26 | |||||

27. ¿Cuánto tiempo pasó desde que le dieron el resultado de la biopsia y el inicio del tratamiento?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| días

27 | |||||

### ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

28. ¿Dónde inició su tratamiento del cáncer del cuello de la matriz?

- [1]. IMSS      [2]. ISSSTE      [3]. SSA      [4]. DIF  
[5]. DDF      [6]. Naval      [7]. SEDENA      [8]. Pemex  
[9]. Otro: \_\_\_\_\_

28 |

Si su tratamiento inició en el IMSS, ¿en qué clínica la atendieron?

29.1 Unidad médica: \_\_\_\_\_

29.1 |

29.2 Delegación: \_\_\_\_\_

29.2 |

30. Después de su primer tratamiento del cáncer del cuello de la matriz, ¿Se mantuvo en control médico por dicho cáncer?

- [1]. Sí      [2]. No

30 |

¿Con qué frecuencia acudía a control?

- 30.1 Primer año: \_\_\_\_\_ veces  
30.2 Segundo año: \_\_\_\_\_ veces  
30.3 Tercer año: \_\_\_\_\_ veces  
30.4 Cuarto año: \_\_\_\_\_ veces  
30.5 Quinto año: \_\_\_\_\_ veces  
30.6 Sexto año: \_\_\_\_\_ veces

- |  |  |
|--|--|
| 30.1   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> |  |
| 30.2   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> |  |
| 30.3   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> |  |
| 30.4   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> |  |
| 30.5   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> |  |
| 30.6   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> |  |

31. ¿A qué hospital acudía a control?

- [1]. HGO # 4      [4]. HOCMNSXXI  
[2]. HOCMNSXXI      [5]. UMF \_\_\_\_\_  
[3]. HIGZ \_\_\_\_\_      [6]. Otro \_\_\_\_\_

31 |

32. ¿Con qué médico acudía a control?

- [1]. Médico Familiar      [2]. Ginecólogo      [3]. Oncólogo  
[4]. Coloscopista      [5]. Otro: \_\_\_\_\_

32 |





# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

43.1 Si la paciente no vive en el DF, ¿le pagaban viáticos cuando la enviaban a consulta al hospital donde la atendían del CaCu?

[1]. Sí [2]. No

43.1

43.2 ¿Le pagaban viáticos a un acompañante?

[1]. Sí [2]. No

43.2

44. En caso negativo, ¿Contaba con el recurso económico suficiente para acudir por sus propios medios?

[1]. Sí [2]. No

44

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

45. La paciente ha cumplido con todas sus citas a consulta?

[1]. Sí [2]. No

45

46. ¿Por qué no cumplió con todas sus citas a consulta?

46.1   No lo creyó necesario	46.6   Dolió mucho
46.2   Le quedaba lejos el hospital	46.7   No tenía quien la acompañara
46.3   Se sentía triste	46.8   Se sentía muy enferma
46.4   Recibió mala atención	46.9   Dejó de ser DII
46.5   No tenía dinero	46.10   Otra: _____

46.1

46.2

46.3

46.4

46.5

47. Si la paciente suspendió su atención de manera definitiva, ¿a qué se debió?

47.1   No lo creyó necesario	47.6   Dolió mucho
47.2   Le quedaba lejos el hospital	47.7   No tenía quien la acompañara
47.3   Se sentía triste	47.8   Se sentía muy enferma
47.4   Recibió mala atención	47.9   Dejó de ser DII
47.5   No tenía dinero	47.10   Otra: _____

47.1

47.2

47.3

47.4

47.5

48. ¿En qué etapa suspendió su atención del CaCu?

[1]. Diagnóstico [2]. Tratamiento inicial  
[3]. Mitad del tratamiento [4]. Final del tratamiento

48

49. Si la paciente falleció, ¿En qué etapa de atención del CaCu ocurrió?

[1]. Diagnóstico [2]. Tratamiento inicial  
[3]. Mitad del tratamiento [4]. Final del tratamiento

49

50. ¿Qué cree usted que haya contribuido a la muerte de su familiar?

[1]. Muy grave [2]. No le atendieron bien [3]. No fue a tiempo con el médico  
[4]. No quiso atenderse [5]. Nunca antes se hizo Pap [6]. No sabe  
[7]. No aplica [8]. Otras: \_\_\_\_\_

50

### TIPO DE TRATAMIENTO

51. ¿Qué tratamiento recibió cuando le diagnosticaron el CaCu?

[1]. Conservador [2]. Quirúrgico  
[3]. Radioterapia [4]. Quimioterapia

51

OBSERVACIONES:

---

**BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.- Muñoz N, Bosch FX. Cervical cancer and human papillomavirus: Epidemiological evidence and perspectives for prevention. *Salud Publica Mex* 1997;39:274-282.
- 2.- "Cancer epidemiology and prevention". Schottenfield D, Fraumeni JF Jr. 2a. Ed. 1996, pp 1090-1116.
- 3.- Perez CA, Grigsby PW, Nene SM, Camel HM, Galakatos A, Kao MS, et al. Effect of tumor size on the prognosis of carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. *Cancer* 1992;69(11):2796-2806.
- 4.- "Gynecologic neoplasms". In: Durant JR, Omura GA. *Medical Oncology*. Calabresi P, Schein PS. 2ª ed. 1993, pp851-860.
- 5.- Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ávila M. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. Una alternativa organizacional. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1996;42(3):159-65.
- 6.- Programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino. Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS 1998.
- 7.- <http://cancernet.nc1.nih.gov>
- 8.- Lanciano RM, Won M, Hanks GE. A reappraisal of the International Federation of Gynecology and Obstetrics staging system for cervical cancer. *Cancer* 1992;69(2):482-487.
- 9.- Burghardt E, Girardi F, Lahousen M, Pickel H, Tamussino K. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix (International Federation of Gynecology and Obstetrics stage IA). *Cancer* 1991;67:1037-45.
- 10.- Creasman WT. New gynecologic cancer staging. *Gynecol Oncol* 1995;58:157-8.
- 11.- Shepherd JH. Cervical and vulva cancer: changes in FIGO definitions of staging. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:405-6.
- 12.- Karolewski K, Korzeniowski S, Sokolowski A, Urbanski, Kojs Z. Prognostic significance of pretherapeutic and therapeutic factors in patients with advanced cancer of the uterine cervix treated with radical radiotherapy alone. *Acta Oncol* 1999;38(4):461-8.

- 13.- Chen RJ, Chang DY, Yen ML, Lee EF, Huang SC, Chow SN, et al. Prognostic factors of primary adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1998;69(2):157-64.
- 14.- Lai CH, Hong JH, Hsueh S, Ng KK, Chang TC, Tseng CJ, et al. Preoperative prognostic variables and the impact of postoperative adjuvant therapy on the outcomes of stage IB or II cervical carcinoma patients with or without pelvic lymph node metastases. *Cancer* 1999;85:1537-46.
- 15.- Bethwaite P, Yeong ML, Holloway L, Robson B, Duncan G, Lamb D. The prognosis of adenosquamous carcinomas of the uterine cervix. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:745-50.
- 16.- Flores-Luna L, Zamora-Muñoz Z, Salazar-Martínez E, Lazcano-Ponce E. Análisis de supervivencia. Aplicación en una muestra de mujeres con cáncer cervical en México. *Salud Publica Mex* 2000;40(3):242-51.
- 17.- Lambin P, Kramar A, Haie-Meder C, Castaigne D, Scalliet P, Bouzy J, et al. Tumor size in cancer of the cervix. *Acta Oncol* 1998;37:729-34.
- 18.- Klee M, Thranov I, Machin D. The patients' perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:14-23.
- 19.- Mundt AJ, Connell PP, Campbell T, Hwang JA, Rotmensch J, Waggoner S. Race and clinical outcome in patients with carcinoma of the uterine cervix treated with radiation therapy. *Gynecol Oncol* 1998;71:151-8.
- 20.- Morris M, Eifel PJ, Lu J, Grigsby PW, Levenback C, Stevens RE, et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340(15):1137-1143.
- 21.- Delgado G, Bundy B, Zaino R, Sevin BU, Creasman WT, Major F. Prospective surgical-pathological study of disease-free interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 1990;38:352-7.
- 22.- Eifel PJ, Burke TW, Morris M, Smith L. Adenocarcinoma as independent risk factor for disease recurrence in patients with stage IB cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1995;59:38-44.
- 23.- Gallup DG, Harper RH, Stock RJ. Poor prognosis in patients with adenosquamous cell carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1985;65:416-22.
- 24.- Chapman GW, Jr. Survival of advanced age females with cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1992;46:287-91.

- 25.- Kovalic JJ, Grigsby PW, Perez CA, Lockett MA. Cervical stump carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;20(5):933-8.
- 26.- Howell EA, Chen YT, Concato J. Differences in cervical cancer mortality among black and white women. *Obstet Gynecol* 1999;94:509-15.
- 27.- Sevin BU, Nadji M, Averette HE, Hilsenbeck S, Smith D, Lampe B. Microinvasive carcinoma of the cervix. *Cancer* 1992;70(8):2121-8.
- 28.- Kristensen GB, Abeler VM, Risberg B, Tropé C, Bryne M. Tumor size, depth of invasion, and grading of the invasive tumor front are the main prognostic factors in early squamous cell cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1999;74:245-51.
- 29.- Kilgore LC, Soong SJ, Gore H, Shingleton HM, Hatch KD, Partridge EE. Analysis of prognostic features in adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1988;31:137-48.
- 30.- Brewster WR, DiSaia PJ, Monk BJ, Ziogas A, Yamada SD, Antón-Culver H. Young age as a prognostic factor in cervical cancer: Results of a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1464-7.
- 31.- Stenham FB, Bundy BN, DiSaia PJ, Keys HM, Larson JE, Fowler WC. Carcinoma of the cervix treated with radiation therapy I. *Cancer* 1991;67:2776-85.
- 32.- Schwartz LB, Carcangiu ML, Bradham L, Schwartz PE. Rapidly progressive squamous cell carcinoma of the cervix coexisting with human immunodeficiency virus infection: clinical opinion. *Gynecol Oncol* 1991;41:255-8.
- 33.- Robinson WR, Morris CB. Hematologic and oncologic aspects of HIV infection. "Cervical neoplasia pathogenesis, diagnosis, and management". *Hematology/Oncology Clinics of North America* 1996;10(5):1163-76.
- 34.- Singh GS, Aikins JK, Deger R, King S, Mikuta JJ. Metastatic cervical cancer and pelvic inflammatory disease in an AIDS patient. *Gynecol Oncol* 1994;54:372-6.
- 35.- Maiman M, Fruchter RG, Serur E, Remy JC, Feuer G, Boyce J. Human immunodeficiency virus infection and cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 1990;38:377-82.
- 36.- Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Alonso de Ruiz P, Buiatti E, Hernández-Ávila M. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1996;42(3):123-40.

- 37.- Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Alonso de Ruiz P, Buiatti E, Hernández-Ávila M. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. II. Propuesta de reorganización. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1996;42(3):141-58.
- 38.- Ramírez-Gaytán JL, Sánchez-Valdivieso EA, Soto-Pérez G, Muñoz-González DE. Histerectomía radical en cáncer de cérvix estadio 1-B-1. *Ginec Obst Mex* 1997;66:41.
- 39.- Martínez-Monge JR, García-Foncillas J, Azinovic I, Aristu J, López-García G, Brugarolas A. Pilot study of concurrent Cisplatin, 5-Fluoracil, and external beam radiotherapy prior to radical surgery +/- intraoperative electron beam radiotherapy in locally advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1999;74:30-7.
- 40.- Fujiwaki R, Maede Y, Ohnishi Y, Watanabe Y, Hata K, Miyazaki K. Prognosis of patients with stage IIIB-IVA squamous cell carcinoma of the cervix following intra-arterial neoadjuvant chemotherapy. *J Exp Clin Cancer Res* 1999;18(2):143-6.
- 41.- Greven K, Petereit D, Vermorken JB, Lanciano R. Current therapeutic issues in gynecologic cancer. "Current developments in the treatment of newly diagnosed cervical cancer". *Hematology/oncology Clinics of North America*. 1999;13(1):275-303.
- 42.- Eifel PJ, Burke TW, Delclos L, Wharton JT, Oswald MJ. Early stage I adenocarcinoma of the uterine cervix: treatment results in patients with tumors  $\leq 4$  cm in diameter. *Gynecol Oncol* 1991;41:199-205.
- 43.- Larson DM, Copeland MJ, Stringer CA, Gershenson DM, Malone JMJr, Edwards CL. Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1988;30:381-7.
- 44.- Magrina JF, Goodrich MA, Lidner TK, Weaver AL, Cornella JL, Podratz KC. Modified radical hysterectomy in the treatment of early squamous cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1999;72:183-6.
- 45.- Olvera-Rodríguez A, Quiroz-Pérez S, Pérez-López JCJ, De la Rosa-Morales V. Displasia cervical y carcinoma cervicouterino: un reto para los servicios de salud. *Ginec Obst Mex* 1998;66:232-6.
- 46.- Garipagaoglu M, Tulunay G, Kose MF, Yalvac S, Kayiccioğlu F, Cakmak A. Prognostic factors in stage IB-IIA cervical carcinomas treated with postoperative radiotherapy. *Eur J Gynaec Oncol* 1999;20(2):131-5.
- 47.- Mandelblatt JS, Yabroff KB, Kerner JF. Equitable access to cancer services. *Cancer* 1999;86(11):2378-90.

48.- Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994, pp 164.

49.- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK: Adequacy of sample size in health studies. England, John Wiley & Sons, 1990, pp 30-1.