



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

T E S I S

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES
CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

PRESENTA

DRA. MORALES SANTIAGO ESMERALDA

HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Matricula: 97370291 Teléfono: 5568548771 Fax: No Fax

Email: esme-san-91@hotmail.com

MTRO. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

DIRECTOR DE TESIS

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax

Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

DOC. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

ASESOR METODOLÓGICO

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Educación

Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar

HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax

Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

DR. FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ ISMAEL

ASESOR CLINICO

Médico No Familiar. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4."Dr. Luis Castelazo Ayala"

Matricula: 99342190 Teléfono: 5539634065 ext. 28235 Fax: No Fax

Email: herndz-ysma@yahoo.com

MTRO. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

IDENTIFICACIÓN DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

AUTORES: Dra. Morales-Santiago Esmeralda ⁽¹⁾, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ⁽²⁾, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo ⁽³⁾, Dr. Fernández Hernández Ismael ⁽⁴⁾.

1 Residente de segundo Año. Especialidad en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

2 Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF 8.

3 Especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8.

4 Especialista en Ginecología y Obstetricia, profesor titular de especialidad en Ginecología y Obstetricia del HGZ/UMF N° 8. IMSS.

OBJETIVO

Identificar las alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del Hospital General de Zona/U.M.F No 8.”Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, no comparativo y observacional. Tamaño de la muestra: 120 pacientes (IC 90%) de la consulta externa de Medicina Familiar. Criterios de inclusión: mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en sus diferentes etapas clínicas con tratamiento médico o quirúrgico, derechohabiente y afiliado al HGZ/UMF No.8. Criterios de exclusión: no haber firmado el consentimiento informado. Instrumento de medición: Índice de función sexual femenina

RESULTADOS

Se estudió a 120 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino durante su tratamiento en el HGZ/UMF No. 8. La media de edad fue de 54.36 años, edad mínima de 31 años y máximo de 80 años. A través de la aplicación del cuestionario índice de función sexual femenina, encontramos que el rango con mayor afectación fue el de 51-60 años, donde 15 % no tenía relaciones sexuales, 51.7 % presentaba alteraciones en la función sexual y 33.3% no tuvo alteraciones en la función sexual; en cuanto a modalidad de tratamiento el más afectado fue radioterapia con 12.5%.

CONCLUSIONES

Se cumplió el objetivo del estudio, identificando que más de la mitad de las pacientes con cáncer cervicouterino presenta alteraciones en la función sexual de acuerdo al índice de función sexual femenina.

PALABRAS CLAVES.

Cáncer cervicouterino, función sexual femenina.

**IDENTIFICACIÓN DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA
EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU
TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF
No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. ISMAEL FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO NO FAMILIAR. ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
HOSPITAL DE GYO NO. 4”DR. LUIS CASTELAZO AYALA
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a dios por permitirme gozar de salud, por ser mi fortaleza y guía espiritual en momentos adversos.

Agradezco a mi familia, especialmente a mi madre, por el esfuerzo y apoyo incondicional que me fortalece a diario, especialmente en momentos difíciles, sin ustedes este trabajo no sería posible.

Hermanas Raquel y María del Pilar que con su entusiasmo abren camino en el mundo ante cualquier adversidad, siempre con actitud positiva que no me permiten retroceder; y mis sobrinos –Jonathan y Santiago -que con sus travesuras y sonrisas, hacen que momentos pequeños con ustedes sean inolvidables.

Gracias a mis profesores Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dr. Hugo Sánchez Martínez por su disponibilidad, compromiso, tiempo y espacio para la realización de esta tesis.

A mis compañeros de residencia con quienes compartí aventuras, momentos divertidos, enfermedades, y especialmente a mis amigos: Arturo, Omar, Giovanni, y Javier, que me motivan en todo momento a ser mejor persona y excelente médico para conducirme en el arte de la medicina y práctica médica.

Dra. Esmeralda Morales Santiago

ÍNDICE

	PÁGINA
1. Marco teórico	8
2. Justificación	20
3. Planteamiento del problema	21
4. Objetivos	22
5. Hipótesis	22
6. Material y métodos	23
7. Diseño de la investigación	24
8. Población o universo	25
9. Ubicación temporal y espacial de la población	25
10. Muestra	26
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	27
12. Variables	28
13. Diseño estadístico	32
14. Instrumento de recolección	33
15. Método de recolección	34
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos	35
17. Cronograma de actividades	36
18. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	37
19. Consideraciones éticas	38
20. Resultados	40
21. Tablas y gráficas	45
22. Discusión	65
23. Conclusiones	70
24. Bibliografía	72
25. Anexos	76

MARCO TEÓRICO

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, principalmente en los países en desarrollo. En México, este tipo de cáncer es la segunda causa de muerte por neoplasia maligna entre mujeres de 25 a 64 años. (1)

El cáncer del cuello uterino, es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la unión escamo-columnar del cuello uterino, a partir de lesiones precursoras después que ha ocurrido una infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH), en presencia de otros cofactores: genéticos o ambientales. A nivel mundial es la cuarta neoplasia maligna más común en la población femenina, ocupando el primer lugar como causa de mortalidad en los países en desarrollo. Mientras que México desde 2006 es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer (2).

Epidemiología

En el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN (2012) reportó más de 6 millones de casos nuevos de cáncer en mujeres; el 57.2 % de esos casos ocurrió en países menos desarrollados, incluyendo África del este, Melanesia, África del Sur y Oriente. Por el contrario, las tasas más bajas se observan en países desarrollados como Australia, Nueva Zelanda y Asia Occidental. En el año 2015, se estimaron 266,000 muertes por cáncer cérvico uterino a nivel mundial, representando el 7.5% de todas las muertes por cáncer en la población femenina y aproximadamente 9 de cada 10 (87%) muertes se producen en las regiones menos desarrolladas. Es importante destacar que el número de casos de cáncer invasor se ve incrementada con la edad, alcanzando mayor incidencia en mujeres comprendidas entre 50 y 60 años. Mientras que el 80-90% de los casos confirmados en países en desarrollo ocurren entre las mujeres de 35 años o más. (3).

En México de acuerdo a los registros obtenidos por el SUIVE y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2015, detalló que en el 2014 se registraron 3,063 casos nuevos de tumores malignos del cuello uterino en mayores de 18 años, mientras que en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 4056 defunciones, con un promedio de edad de 59.15 años, identificándose una prevalencia de 19.2% e incidencia de 15.3 por cada 100 000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino fueron Chiapas, Morelos, Sonora, Quintana Roo, Chihuahua y Baja California. El organismo de la Secretaría de Salud indicó que la distribución de la ocurrencia de este padecimiento en relación con la edad, mostró un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años el que registró el mayor porcentaje, con aproximadamente 30% de todos los casos de 2014; la edad promedio de presentación fue a los 49.2 años. (4)

Respecto a los reportes del INEGI 2015, ésta patología maligna se confirmó como el segundo tumor maligno de mayor impacto en la salud siendo esta última tasa la segunda más alta de todas en cuanto a morbilidad hospitalaria por tumores malignos entre las mujeres mayores de 20 años de edad. Esto tiene relevancia ya que las muertes por cáncer en la edad adulta tienen un impacto significativo en la economía de los países. En una estimación del costo de productividad del cáncer en México para 2020 se obtiene que las muertes prematuras tendrían un costo de 12,120.91 millones de pesos, siendo que la población económicamente activa es severamente afectada por esta enfermedad, convirtiendo al cáncer en un serio problema de salud pública (Reynoso Noverón, 2015) (5) (6)

Fisiopatología.

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales; el canal medio cervical y el cérvix superior están compuestos por epitelio columnar secretor, originado embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos. La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso; estas células escamosas reemplazan las células columnares müllerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran (espacio comprendido entre la zona de transformación nueva y la antigua) con importante potencial neoplásico. Ésta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, debido al desarrollo fetal y la menopausia. En mujeres en edad reproductiva la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia. Cabe mencionar que en mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a un crecimiento exofítico, en contraste en pacientes de mayor edad la UEC se localiza en el canal cervical, por lo que el cáncer tiende a un crecimiento endofítico (7,8).

La Organización Mundial de la Salud reconoce 3 grupos de categorías de carcinoma de cérvix: el carcinoma de células escamosas que constituye cerca del 70-80%, el adenocarcinoma con 10-15% de los casos; y otros tumores, en la que incluye el carcinoma adenoescamoso, el basal adenoideo, adenoideoquístico y el indiferenciado que cubren el 10-15% restante. El carcinoma no microinfiltrante se define como un tumor clínicamente inaparente que infiltra menos de 3 mm y se extiende en superficie menos de 7 mm. Su incidencia de invasión vascular linfática depende directamente de la profundidad de la infiltración tumoral, por lo que no precisan de ningún tratamiento adicional tras la extirpación quirúrgica. Por otro lado, el adenocarcinoma microinfiltrante incluye un espesor de infiltración de 5 mm desde la membrana basal del epitelio superficial. Ahora bien, el adenocarcinoma infiltrante representa el 15-25% de todos los carcinomas infiltrantes íntimamente asociados a infección por el VPH (principalmente 18) así como el uso de anticonceptivos orales. Y finalmente otros como adenocarcinoma infiltrante convencional que representa el 70% de los adenocarcinomas del endocérvix, endometriode uterino con el 30% y adenocarcinoma de células claras con mayor presentación en mujeres jóvenes. (9, 10)

Factores de riesgo

Se han desarrollado múltiples investigaciones encaminadas al estudio de la evidencia epidemiológica entre la infección por VPH y el desarrollo de cáncer cervicouterino. Entre estas investigaciones se encuentra la realizada por Jaisamrarn U. Castellsagué en el estudio PATHICIA (2013) Donde menciona que alrededor del 99% de los casos de cáncer cervical están relacionados con algún tipo de virus del papiloma humano. ¹¹.

Tal como lo señalan Castillo (estudio ATHENA 2011) y Ciapponi (2011) Se han identificado más de 40 tipos de VPH que infectan el aparato genital; sin embargo, sólo alrededor de 15 de ellos son considerados altamente oncogénicos más estrechamente relacionados con el desarrollo de cáncer cérvico uterino: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. No obstante aun cuando se ha comprobado que la infección persistente por estos tipos de VPH oncogénicos es el principal factor de riesgo, no es la única para que las lesiones precursoras evolucionen a cáncer, permitiendo establecer la existencia de otros factores asociados directa o indirectamente con el aumento de esta probabilidad. ^(12,13, 14).

Entre los factores que se han identificado se encuentran el tabaquismo, el estado nutricional, la respuesta del sistema inmunológico, la paridad, infecciones de transmisión sexual y la inmunosupresión (particularmente en el caso de la infección por VIH). Otros como edad temprana de vida sexual, número de parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, deben ser consideradas por influir en la probabilidad de contraer el VPH, pero no se consideran factores para la evolución a cáncer, según Roset.⁽¹⁵⁾.

Con respecto al diagnóstico oportuno de esta entidad, la OMS/OPS han implementado varias estrategias con el objetivo de disminuir la tasa de incidencia anual. Una de ellas es la realización de pruebas de tamizaje como son: citología cervical convencional y citología en base líquida, además de visualización directa con ácido acético (solo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la primera). Otros estudios moleculares como captura de híbridos y PCR (reacción de la cadena de polimerasa) pueden ser utilizadas como complemento en el diagnóstico ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, tal como lo mencionan las diferentes guías internacionales para la prevención y detección del cáncer cérvico uterino, el diagnóstico presuntivo puede establecerse mediante examen clínico, citológico o colposcópico sin embargo, el diagnóstico definitivo es únicamente histopatológico, por medio de biopsia dirigida o pieza quirúrgica ⁽¹⁷⁾.

Manifestaciones clínicas.

El cáncer cervicouterino temprano es con frecuencia asintomático, lo que subraya la importancia del cribado. Los síntomas más comunes en la presentación son sangrado vaginal irregular o abundante, sangrado poscoital algunas mujeres presentan leucorrea, dispareunia siendo un hallazgo inespecífico y puede confundirse con vaginitis o cervicitis. La enfermedad avanzada puede presentarse con dolor pélvico o lumbar, que puede irradiarse a lo largo del lado posterior de las extremidades inferiores. Los síntomas intestinales o urinarios, como hematuria, hematoquecia son poco comunes y sugieren una enfermedad avanzada. (18)

Una vez identificado el tumor en el cuello uterino, éste se puede diseminar por extensión directa a través del espacio pericervical hacia parametrios y/o vagina, comprometiendo tejidos pericervicales como vejiga, recto, ganglios linfáticos regionales y la pared lateral pélvica. La diseminación a distancia ocurre fundamentalmente por vía linfática y con mucha menor frecuencia por el torrente sanguíneo. (19)

Diagnóstico.

Examen físico. Se debe realizar un examen pélvico en cualquier mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello uterino con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible; cualquier lesión que se eleve, friable o que tenga la apariencia de condiloma se debe biopsiar, sin considerar los resultados de la citología cervical benigna previa excepto los quistes de Naboth. Los tumores endofíticos dan la apariencia de un "cuello uterino en forma de barril", mientras los exofíticos (adenocarcinomas cervicales) ulceran difusamente el cuello uterino y alrededor del 15% se encuentran dentro del canal endocervical.(20)

Citología cervical. El cribado del cáncer de cuello uterino permite detectar lesiones precancerosas y la enfermedad en etapas iniciales; debido a que las lesiones precancerosas tardan muchos años en aparecer, se recomienda que todas las mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años se sometan a pruebas de detección al menos una vez en la vida (OMS). En otros países como Estados Unidos, el cribado se inicia después de los 21 años en mujeres inmunocompetentes y asintomáticas, independientemente de la edad de inicio de la actividad sexual. Mientras que en México la NOM 0014 menciona que la citología cervical se debe realizar en mujeres de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente del mismo sin estudio previo de citología cervical y cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente. Sugiere realizarse cada 3 años en mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas, negativo a VPH, displasia o cáncer; por el contrario en mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya 2 resultados consecutivos negativos. (21)

Biopsia cervical y colposcopia: la biopsia cervical se puede realizar como parte de una evaluación inicial o junto con un procedimiento de estadificación completo, según el nivel de sospecha de malignidad. El abordaje de la biopsia cervical depende de tres circunstancias: 1) mujeres con una lesión extremadamente visible o un diagnóstico sospechoso de cáncer debe confirmarse mediante una biopsia en sacabocados y un curetaje endocervical, incluso si la prueba de citología no muestra evidencia de neoplasia. 2) mujeres sin una lesión visible con citología anormal deben someterse a colposcopia con biopsia dirigida. 3) Mujeres sintomáticas sin una lesión visible o citología cervical anormal deben someterse a una colposcopia con biopsia dirigida. (22)

En cuanto a la conización cervical es necesaria si se sospecha malignidad pero no se encuentra con biopsia cervical dirigida. También se realiza conización ante un cáncer microinvasivo para determinar si se requiere cirugía conservadora o radical para el tratamiento. (23) (VER ANEXO 1,2)

Tratamiento

El pronóstico del cáncer de cuello uterino está determinado por el tamaño tumoral, la extensión de la invasión miocervical (más de la mitad del espesor miocervical), parametrial, extensión a la pared pelviana, afectación de los ganglios linfáticos y la presencia de metástasis a distancia. Por lo que una correcta estadificación en estas pacientes es crucial no solo por la instauración del tratamiento, sino por la relación íntima con el pronóstico, debido a esto el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) ha sido integrado a los estadios aceptados por la FIGO y revisadas en colaboración con la World Health Organization (WHO) e International Unión Against Cancer (IUCC). Existen cuatro estadios de la enfermedad, tal como lo establece el sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en el cual se basa el tratamiento. La correcta evaluación de cada una de estas fases es fundamental para determinar si la paciente se beneficiará con un tratamiento quirúrgico o con quimio-radioterapia concurrente. Por un lado la cirugía se reserva para aquellos tumores menores o iguales al estadio IIA. Mujeres con enfermedad temprana (en la cual no hay compromiso de los parametrios) pueden someterse a una histerectomía radical, quimioterapia, radioterapia o ambas. Por el contrario, aquellas que se encuentran en el estadio IIB o enfermedad avanzada con afectación parametrial sólo pueden ser tratadas con quimio-radioterapia concurrente. Por último, la invasión metastásica de los ganglios linfáticos es un factor de mal pronóstico independiente, como también lo es la presencia de metástasis a distancia. (24)(25) (VER ANEXO 3,4)

FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La sexualidad es una materia compleja del ser humano; interviene en algunos de los comportamientos humanos más complicados, es multidimensional y dinámica. Existen múltiples definiciones, sin embargo el de la OMS es la más completa y la que mejor manifiesta la importancia de la misma para la vida de una persona. La sexualidad es definida como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual; se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales" (26) (27)

Por otro lado, salud sexual es considerada "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; requiere un enfoque positivo, respetuoso con la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia". (28)

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido a la salud sexual como "un proceso permanente de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." (29)

Finalmente la función sexual "consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales". (30)

William Master, Virginia Johnson y Kaplan (1978) crearon el paradigma (aceptado por muchos años) como representante de la respuesta sexual; descrita como un "proceso fisiológico lineal de fases consecutivas tanto en hombres como en mujeres, donde el deseo siempre precede a la excitación". Inicialmente se identificaron 4 categorías, posteriormente Helen Singer Kaplan, agregó el concepto de deseo, y coincidió en que los hombres desarrollan un patrón bastante predecible; por el contrario, en las mujeres se desarrollan múltiples variaciones respecto a la experiencia sexual. (31)

En la actualidad la función sexual comprende cinco fases: Motivación (deseo), excitación, lubricación, orgasmo y resolución. Las bases fisiológicas que las describen son las siguientes: motivación es el deseo de participar en la actividad sexual, provocada por pensamientos, palabras, imágenes, olores o el tacto (32)

La excitación es el despertar de los sentimientos sexuales debido a la acción de los neurotransmisores y mediadores químicos de origen neural que actúan sobre receptores específicos considerados prosexuales, entre ellos, dopamina, noradrenalina, melanocortina, óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo. Se caracteriza por un aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, por la vasodilatación importante generando la erección del clítoris. (33)

La lubricación sexual ocurre en pocos segundos, desde el inicio en mujeres jóvenes y de 2 a 4 minutos en mujeres maduras. El líquido vaginal se forma por trasudación a través de las paredes (que carece de glándulas) de plasma sanguíneo procedente del plexo vascular subepitelial intensamente dilatado, reforzado por las glándulas uretrales, parauretrales y glándulas de Bartholini. (34)

En la fase de excitación se presenta la contractura de la musculatura lisa de los ligamentos cardinales y sacrouterinos combinada con la ingurgitación de la porción más externa de las paredes de la vagina. (35)

El orgasmo se produce en un momento de excitación pico; debido a las contracciones intermitentes y rítmicas (8-12 veces) de la musculatura lisa tanto de los órganos genitales y esquelética del suelo pélvico (particularmente el pubococcygeo) generando un estrechamiento intermitente de las paredes de la porción más externa de la vagina, seguido de una reducción lenta de la congestión genital, liberando prolactina, ADH y oxitocina, que contribuyen al bienestar, relajación y cansancio posterior. (36)

Finalmente la resolución es la sensación de bienestar, relajación muscular generalizada, o fatiga que normalmente prosigue al orgasmo; aunque puede ocurrir después de una actividad sexual altamente excitante sin orgasmo. En la mujer se pueden producir estados de refractariedad especialmente tras orgasmos muy intensos, pero con frecuencia se regresa a un nivel alto de excitación donde se puede superponer nuevos orgasmos si persiste la estimulación. (37)

A la función sexual femenina se le reconoce un importante soporte hormonal, especialmente por parte de los esteroides gonadales, donde el papel fundamental de los estrógenos es el mantenimiento del trofismo vaginal, vasodilatación y aumento de lubricación. Así como el papel de los andrógenos por contribuir en la estimulación del apetito sexual. Investigaciones han revelado que existe un aumento de vasopresina durante la excitación, de oxitocina en la fase de orgasmo y de prolactina tras el mismo. Por otra parte los ovarios y glándulas suprarrenales comparten la producción de testosterona en partes iguales, a mayor edad menor producción de estas hormonas prosexuales donde una insuficiencia de andrógenos es causa reconocida de alteración en la función sexual. (38)

Por otro lado, debemos considerar los efectos de las enfermedades y trastornos crónicos sobre las alteraciones sexuales. Debido a una interferencia específica con los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual por el propio proceso patológico como diabetes mellitus, insuficiencia renal, hiperprolactinemia, oclusiones vasculares de la pelvis, esclerosis múltiple, traumatismos meduloespinales, tumores o epilepsia temporal; en otras ocasiones se debe a efectos secundarios de tratamiento. (39)

No hay que olvidar los efectos de los tratamientos médicos, pues una manipulación farmacológica en los niveles de los neurotransmisores, secreción de hormonas gonadales o bloqueo de sus receptores puede afectar considerablemente al funcionamiento sexual, tales como antihipertensivos, antipsicóticos puede llevar al abandono del tratamiento por parte de los pacientes. (40)

Clasificación

Con base en DSM-V “las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales”. La disfunción sexual femenina puede involucrar una disminución o un aumento de la respuesta sexual, esta clasificación se determina por los síntomas que causan estrés en las mujeres.

(41)

Existen 5 categorías principales de disminución de la respuesta y de incremento de ésta. Éstas comprenden trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo) es la ausencia o la disminución del interés sexual, el deseo, los pensamientos sexuales, las fantasías, y una ausencia de respuesta de deseo. El trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón) es la falta de excitación subjetiva o genital. El trastorno orgásmico implica que los orgasmos están ausentes, marcadamente disminuidos en intensidad o retrasados en respuesta a la estimulación a pesar de lograr niveles altos de excitación subjetiva. Trastornos sexuales por dolor (vaginismo es la contracción refleja alrededor de la vagina cuando se intenta la penetración, más allá del deseo expresado por la mujer, y sin que existan anomalías físicas o estructurales y dispareunia es el dolor durante el intento o la penetración o el propio coito) Y por último disfunción sexual debido a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no específica. Los trastornos sexuales femeninos pueden clasificarse secundariamente como de toda la vida o adquiridos, de situación específica o generalizados, y leves, moderados o graves, según el grado de estrés que le provoquen a la mujer. (42)

FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Concepto amplio que está influido de manera compleja por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (43)

Dentro de los rubros que evalúan la calidad de vida en los pacientes con cáncer, existe un apartado donde se hace hincapié sobre las alteraciones en el funcionamiento sexual tanto que en estudio se documenta la correlación estrecha entre depresión, ansiedad e impacto negativo y desfavorable en las relaciones personales, familiares y de pareja. (44)

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de México, por Alvarado y col. informaron que 89% de los pacientes encuestados manifiestan no haber abordado el tema de sexualidad con el médico, mientras que el 65% manifestó que el cáncer modificó su vida sexual considerablemente. Ésta pérdida se ve reflejada en un deterioro de su calidad de vida, que si bien es importante se le ha restado valor. (45)

En comparación con otros cánceres ginecológicos, el cáncer de cuello uterino afecta con mayor frecuencia a las mujeres jóvenes, muchas de estas mujeres con enfermedad en etapa inicial se curarán y tendrán una esperanza de vida adicional significativa después de la finalización del tratamiento. En consecuencia, enfrentarán años de posibles efectos secundarios relacionados con el tratamiento médico o quirúrgico que si bien suele ser curativo, estas mujeres vivirán años con importantes secuelas; además de tener preocupaciones con respecto a la preservación de la fertilidad. Finalmente, estas mujeres pueden tener más responsabilidades familiares y laborales que las mujeres con otros cánceres ginecológicos, lo que afectará aún más su supervivencia. (46)

Para las mujeres sobrevivientes de cáncer, los problemas ginecológicos son una preocupación importante y muchos de estos problemas afectan la función sexual. En general, el 40% de las mujeres tienen quejas sexuales, aunque su diagnóstico clínico de disfunción sexual requiere que el problema sexual esté asociado con angustia personal, y esto no se evalúa en la mayoría de los estudios. (47)

Desde 1999 se iniciaron los estudios entre el cáncer cérvico uterino y sus efectos en la sexualidad, tal es el caso del artículo “Cambios vaginales y sexualidad en mujeres con antecedente de cáncer de cuello uterino” por Bergmark K. aquí se dio seguimiento a 256 mujeres con esta neoplasia y arrojo que un 26% de las mujeres que tenían cáncer y 11% de los controles no tenían relaciones sexuales, 46% de las mujeres que tenían cáncer y 3% de los controles presentaron alteraciones en la función sexual y 33% de las mujeres que tenía cáncer y el 4% de los controles no tuvieron alteración en ninguna fase de la función sexual.(48)

Otro estudio denominado Salud sexual en mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino: características y correlato. (Donovan K. A., 2007) de la revista de ginecología y oncología. Se estudiaron a mujeres tratadas entre 1 y 5 años en estadio 0 a II donde describen que las sobrevivientes de cáncer cervical mostraron menos interés sexual, más disfunción y menor satisfacción sexual; los predictores más consistentes de salud sexual después del tratamiento fueron el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la recepción de la radioterapia, las relaciones con la pareja y la apariencia física percibida, así como los cambios vaginales. (49)

Por otro lado, otros hacen alusión de la relación entre el cáncer cérvico uterino y su influencia en la función sexual, por ejemplo el estudio “Una revisión crítica de los estudios de calidad de vida y función sexual de los pacientes sobrevivientes a largo plazo de cáncer de cuello uterino elaborado por Vistad I., Fossa S.D y cols. de la revista ginecología y oncología 2006, donde se incluyeron 23 estudios centrándose principalmente en la función sexual y social después del tratamiento así como el bienestar físico y psicológico donde concluyeron que “existe una reducción de las dimensiones de la calidad de vida respecto a la funcionalidad sexual en un 60% de las pacientes”.(50)

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La sexualidad conceptualmente compromete procesos psicológicos y orgánicos, sin embargo la clasificación de American Psychiatric Association (APA) se centra sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más, lubricación y satisfacción. (Ver anexo 6)⁽⁵¹⁾

Rosen y cols. desarrollaron un instrumento simple y confiable que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, denominándolo "Índice de Función Sexual Femenina". Este instrumento estandarizado es un cuestionario que consta de 19 ítems que, según la estructura original del test, evalúa seis dimensiones de la sexualidad femenina (dos ítems relacionados con el deseo, cuatro relacionados con la excitación, cuatro relacionados con lubricación, tres relacionados con orgasmo, tres para medir satisfacción y tres para evaluar el dolor en las relaciones sexuales), evaluando la función sexual en las últimas cuatro semanas. Cabe mencionar que los seis elementos fueron seleccionados con base en las principales categorías de la disfunción sexual, como se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) por la APA y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por la OMS y su rendimiento con respecto a estos dominios. ⁽⁵²⁾.

El cuestionario, consta de 19 preguntas y cada una tiene 5 opciones de respuesta, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5 (a mayor puntaje, mejor función sexual). Los 19 ítems del cuestionario están divididos en los siguientes seis dominios:

- ❖ Deseo: pregunta 1-2.
- ❖ Excitación: pregunta 3-6
- ❖ Lubricación: pregunta 7-10
- ❖ Orgasmo: pregunta 11-13
- ❖ Satisfacción: pregunta 14-16.
- ❖ Dolor: pregunta 17-19.

Sistema de puntuación: se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total final se obtiene sumando los scores de los seis dominios; la escala puede ir de un puntaje de 2 hasta un máximo de 36, debajo de 26 puntos, se considera que existe algún grado de alteración en la función sexual. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes. ⁽⁵³⁾

Validación.

Instrumento creado en 1999, en por un grupo de 19 expertos de 5 países tras desarrollar un sistema de clasificación para evaluación de la disfunción sexual femenina independiente de su etiología. El cuestionario original desarrollado por Rosen fue traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols. en el 2004. Para la valoración de la calidad de la encuesta traducida al español se aplicó la prueba alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test; que se obtuvieron valores que señalan muy buena correlación (>0.80). La consistencia interna del test fue buena (0.90), sensibilidad 86% y especificidad 93%. El Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento válido, sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida, siendo adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos de manera eficaz. ⁽⁵⁴⁾

JUSTIFICACIÓN

En México de acuerdo a los registros obtenidos por el SUIVE y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2015, detalló que en el 2014 se registraron 3,063 casos nuevos de tumores malignos del cuello uterino en mayores de 18 años, mientras que en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 4056 defunciones, con un promedio de edad de 59.15 años, identificándose una prevalencia de 19.2% e incidencia de 15.3 por cada 100 000 mujeres.

El manejo de la sexualidad en el desarrollo del cáncer cervicouterino, la vida sexual activa antes-después del diagnóstico y tratamiento, las repercusiones físicas, familiares y culturales, así como las secuelas de los tratamientos y el estigma social que subyace a la enfermedad, frecuentemente son temas poco abordados sin embargo tiene mucha repercusión en el bienestar físico, psicológico y emocional de las pacientes con importante limitación en su salud sexual y por ende en su calidad de vida. Es por ello que considerar estos aspectos en la consulta, al abordar un paciente con estas características, nos permitirá intervenir de manera oportuna en la disminución de problemas interpersonales, familiares, de pareja e indirectamente en la tasa de depresión y ansiedad íntimamente relacionados a esta patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer cervicouterino es un tema de relevancia por ser la cuarta causa de mortalidad en mujeres a nivel mundial y segunda causa de mortalidad por neoplasia maligna en mujeres en edad reproductiva; a pesar de que en los últimos años organizaciones de participación internacional han instalado estrategias de prevención los alcances no han sido bien establecidos y las metas no se han alcanzado en su totalidad.

Muchos estudios han analizado la trascendencia e impacto del cáncer cérvico uterino en la calidad de vida de las pacientes desde el momento de su diagnóstico, modalidad de tratamiento, así como el efecto en el ámbito psicológico, personal, familiar y de pareja, por ello el rubro de sexualidad no puede pasar desapercibido por su repercusión en el deterioro del ejercicio de su salud sexual como parte importante de su calidad de vida, contribuyendo de manera directa en la incidencia de depresión y ansiedad, comorbilidades presentes de manera frecuente en esta patología.

A lo largo de los años se han desarrollado diferentes estudios enfocados principalmente en el curso natural de la enfermedad, diagnóstico oportuno y/o tratamiento pero son escasos los estudios enfocados al análisis de las repercusiones que tiene un paciente con esta patología, hablando estrictamente en la cuestión de sexualidad durante y posterior a su tratamiento así como las repercusiones en las diferentes esferas biopsicosociales.

Dado lo anterior se presenta este trabajo para conocer las alteraciones en la función sexual presentes en pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, para poder establecer un abordaje más integral en la práctica clínica, mejorando considerablemente la calidad de vida de estas pacientes.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con alteraciones en la función sexual femenina con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

OBJETIVO GENERAL:

IDENTIFICAR LAS ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron con fines educativos (los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de éstas).

De acuerdo a los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes:

Ho: Las pacientes con Cáncer cervicouterino durante su tratamiento del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" no desarrollan alteraciones en la función sexual.

Hi: Las pacientes con Cáncer cervicouterino durante su tratamiento del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" desarrollan alteraciones en la función sexual.

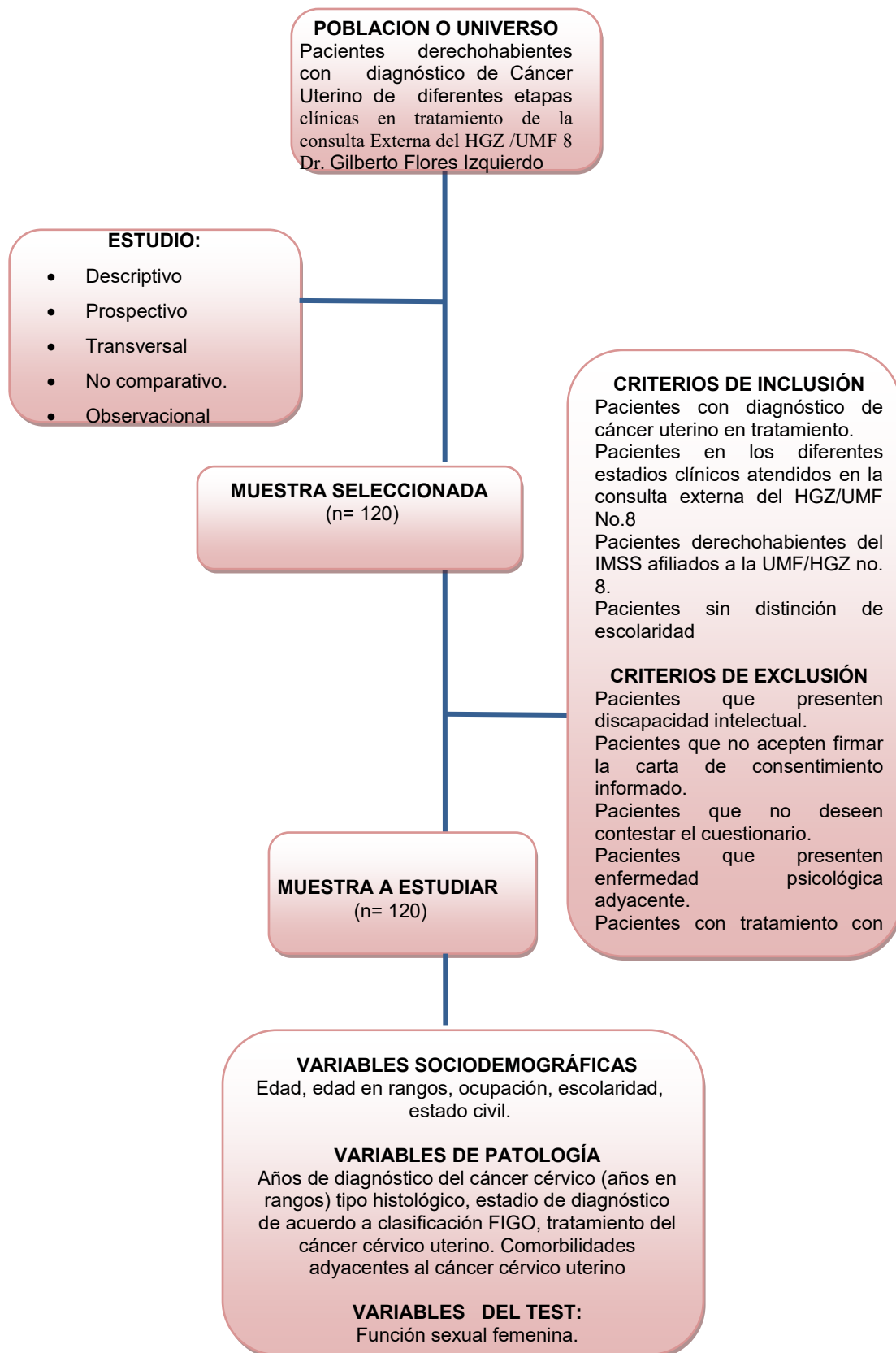
MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**.
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Esmeralda Morales Santiago

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

- **POBLACIÓN O UNIVERSO:**

El presente estudio se realizó a los pacientes derechohabientes que acudieron a la consulta externa con diagnóstico de cáncer cérvico uterino durante su tratamiento del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, de la delegación Sur de la ciudad de México. Esta fue una población urbana.

- **LUGAR:**

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Unidad De Medicina Familiar no 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

- **TIEMPO:**

En el periodo de marzo a diciembre 2017.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requerirá una muestra de 120 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

- N = Número total de individuos requeridos
- n=Tamaño de la muestra
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 90%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z\alpha^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino en tratamiento.
- ❖ Pacientes en los diferentes estadios clínicos atendidos en la consulta externa del HGZ/UMF No.8
- ❖ Pacientes derechohabientes del IMSS afiliados a la UMF/HGZ no. 8.
- ❖ Pacientes sin distinción de escolaridad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Pacientes que presenten discapacidad intelectual.
- ❖ Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que no deseen contestar el cuestionario.
- ❖ Pacientes que presenten enfermedad psicológica adyacente.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Pacientes que no respondan completamente el instrumento de evaluación.
- ❖ Pacientes que dupliquen respuestas.
- ❖ Pacientes que pierdan seguridad social durante el estudio.
- ❖ Pacientes que sean referidos a otra unidad una vez que se haya iniciado el estudio.

VARIABLES

A.-SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad
2. Edad en rangos
3. Ocupación
4. Escolaridad
5. Estado civil

B.- DE LA PATOLOGÍA PRINCIPAL:

1. Años de diagnóstico del cáncer cervicouterino (años en rangos)
2. Tipo histológico
3. Estadio de diagnóstico de acuerdo a clasificación FIGO
4. Tratamiento del cáncer cervicouterino
5. Comorbilidades adyacentes al cáncer cervicouterino.

C.-DEL TEST O INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

1. Función sexual femenina

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Función sexual femenina

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Cáncer cervicouterino.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

➤ VARIABLE INDEPENDIENTE

Cáncer cervicouterino: Enfermedad multifactorial, que se desarrolla en la unión escamo-columnar del cuello uterino, posterior a lesiones precursoras por infección de virus del papiloma humano, en presencia de factores genéticos o ambientales.

➤ VARIABLE DEPENDIENTE

Función sexual femenina: Consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- **EDAD:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
- **ESTADO CIVIL:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **OCUPACIÓN:** Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Trabajo, empleo, oficio, actividad, entretenimiento.
- **ESCOLARIDAD:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	Cuantitativa	Continua	Números enteros
RANGOS DE EDAD	Cuantitativa	Ordinal	1=30-40años 2=41-50años 3=51-60años 4=61-70años 5=Mas de 71años
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Nominal	1=Primaria 2=Secundaria 3=Bachillerato 4=Licenciatura
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal	1=Hogar 2=Empleada 3=Obrero 4.-Trabajador independiente
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	1=Casado 3=Unión libre 4=Viudo 5=Divorciado

Elaboró Esmeralda Morales Santiago

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE PATOLOGÍA

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD	Cualitativa	Nominal	1.-Menor de 6 meses 2.-De 6 a12 meses 3.-De 1-3años 4.-De 3-5años 5.- Más de 5años
ESTADIO DE CACU SEGUN FIGO	Cualitativa	Nominal	1.-Estadio 1A1 2.-Estadio 1A2 3.-Estadio 1B1 4.-Estadio 1B2
TIPO HISTOLÓGICO	Cualitativa	Nominal	1.-Carcinoma escamosos 2.-Adenocarcinoma 3.-Otros
TRATAMIENTO DEL CACU	Cualitativa	Nominal	1.-Conizacion 2.-Histerectomia simple 3.-Histerectomia radical 4.-Histerectomia+ radioterapia 5.-Radioterapia
COMORBILIDADES	Cualitativa	Nominal	1.-DM2 2.-HAS 3.-DM2+HAS 4.-Cardiopatias 5.-Depresión. 6.-Ninguno

Elaboró: Esmeralda Morales Santiago.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	Cualitativa	Nominal	1.-Sin actividad sexual 2.-Con alteración en la función sexual 3.-Sin alteración en la función sexual

Elaboró: Esmeralda Morales Santiago.

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia nacional la cual fue de 16%. Tomando como valor de la proporción esperada 0.10 de sujetos que presentan la variable de interés con un nivel de confianza del 90%. La muestra a estudiar fue de 120 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (ANEXO 3)

El cuestionario original desarrollado por Rosen fue traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols. en el 2004. La consistencia interna del test fue buena (0.90).

El instrumento estandarizado es un cuestionario que consta de 19 ítems que pretenden evaluar seis dimensiones de la sexualidad femenina (dos ítems relacionados con el deseo, cuatro relacionados con la excitación, cuatro relacionados con lubricación, tres relacionados con orgasmo, tres para medir satisfacción y tres para evaluar el dolor en las relaciones sexuales), evaluando la función sexual en las últimas cuatro semanas. El cuestionario, se basa en la medición de la respuesta en escala tipo likert es decir cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.

Los 19 ítems del cuestionario están divididos en los siguientes seis dominios:

- ❖ Deseo: pregunta 1-2.
- ❖ Excitación: pregunta 3-6
- ❖ Lubricación: pregunta 7-10
- ❖ Orgasmo: pregunta 11-13
- ❖ Satisfacción: pregunta 14-16.
- ❖ Dolor: pregunta 17-19.

Sistema de puntuación: se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicado por el factor correspondiente. La escala total es estimada sumando los scores de los seis dominios; el parámetro de puntaje es de 0 hasta un máximo de 36, por lo que, debajo de 26 puntos, se considera que existe algún grado de alteración en la función sexual. Un score de 0-2 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo de la investigadora Dra. Esmeralda Morales Santiago el cual se llevó a cabo en el HGZ/UMF No.8. Previa acuerdo con las autoridades y con la aprobación del proyecto de investigación; se procedió a la aplicación del cuestionario a pacientes (de acuerdo a los criterios de inclusión) que asistan a la consulta de medicina familiar con diagnóstico de cáncer cérvico uterino en tratamiento. Previa información del tipo de estudio y la importancia del mismo, iniciando con la firma de consentimiento informado se aplicó el cuestionario índice de función sexual femenina. El tiempo para resolver el test fue de 10 minutos, de igual manera se interrogó sobre las variables sociodemográficas y de la enfermedad. Posteriormente se hizo la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realización posterior de su análisis y aplicación de una prueba estadística.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable: clinical key, Nature, Up todate, Pubmed, ScienceDirect, entre otras.

Control de sesgos de selección:

- Evaluar cuidadosamente las implicaciones en la selección de las pacientes, para el estudio.
- Utilizar los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.
- Elegir los grupos de estudio que son representativos de la población.
- Criterios de inclusión.

Control de sesgos de análisis

- Instrumento validado con un alfa de Cronbach 0.80.
- Corroborar que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Verificar que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Verificar que el sujeto no sea ayudado por terceras personas.
- Si existen dudas en alguna palabra del instrumento se utilizara un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador no debía discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que sería este quien señale sus percepciones u opiniones.
- Registrar y analizar los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.

Control de sesgos de medición.

- Se utilizó la escala Índice de Función Sexual Femenina donde se evaluaron 6 dominios con un puntaje de 0-36 a todas las pacientes que acudieron a la consulta externa del HGZ No. 8 con diagnóstico de cáncer cervicouterino durante su tratamiento.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

TESIS

IDENTIFICACION DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2016 – 2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
ANALISIS ESTADISTICO								X				
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
VARIABLES										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
RESUMEN											X	
ACEPTACION												X

2017 - 2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X									
RECOLECCION DE DATOS				X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS						X	x	X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

- ❖ **Recursos físicos:** Instalaciones, consultorios áreas y espacios físicos d la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- ❖ **Recursos materiales:** Se contó con equipo de cómputo, impresora con su respectivo cartucho de tinta negra, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, copias del instrumento que se aplicará.
- ❖ **Recursos humanos:** La tesis contó con un director (Dr. Espinoza Anrubio Gilberto), asesor experimental (Dr. Vilchis Chaparro Eduardo), asesor clínico (Dr. Fernández Hernández Ismael), un aplicador de cuestionarios y recolector de datos (Dra. Morales Santiago Esmeralda Residente de Medicina Familiar).
- ❖ **Financiamiento:** Todos los gastos para la realización del este estudio fueron financiados por la residente de medicina familiar Dra. Esmeralda Morales Santiago.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

NOM-012-SSA3-2012

Cita al respecto:

5.2 Todo proyecto o protocolo de investigación para el empleo de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficiencia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, deberá contar con autorización de la Secretaría antes de iniciar su desarrollo

5.3 La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física.

5.7 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, Toda investigación debe garantizar de manera clara, objetiva y explícita, la gratuidad de la maniobra experimental para el sujeto de investigación, lo cual deberá ser considerado en el presupuesto de la investigación, de conformidad con el numeral 10.6, de esta norma.

5.8 En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario que se anoten las fechas tentativas de inicio y término, así como el periodo calculado para su desarrollo inherente a la maniobra experimental.

5.14 En el presupuesto de la investigación deberá incluirse la disponibilidad de un fondo financiero, así como los mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho el sujeto de investigación, en caso de sufrir daños directamente relacionados con la misma; en su caso, este fondo financiero puede ser cubierto con el seguro del estudio.

Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación identificación de las alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cérvico uterino de diferentes etapas clínicas durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8 "Dr. Gilberto flores izquierdo".

RESULTADOS

Se estudió a 120 pacientes con cáncer cervicouterino en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8. La media de edad fue de 54.36 años, mediana de 55.50 años y moda 56 años, edad mínima de 31 años y máximo de 80 años.

En la sección de rangos de edad en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del H.G.Z./U.M.F.No.8. En el rubro de 30-40años se encontró 18(15%), de 41-50 años 25 (20.8%), en el rubro de 51-60 años 35 (29.2%), de 61-70 años 29 (24.2%) y mayores de 70 años con 13 (10.8%). (Ver tabla y gráfico 1)

Respecto al estado civil en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8. Se halló a pacientes casadas 70 (58.3%), unión libre con 24 (20%), viudas con 10(8.3%) y divorciadas en un 16 (13.3%). (Ver tabla y gráfico 2)

Por otro lado, en cuanto a escolaridad en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8. Se observó con primaria 36 (30%), secundaria 28(23.3%) bachillerato con 38 (31.7%) y licenciatura con 18(15%). (Ver tabla y gráfico 3)

En cuanto a ocupación en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 el estudio arrojó hogar con 25 (20.8%), empleada 75 (62.5%), obrera con 10 (8.3%) y trabajadora independiente con 10 (8.3%).(Ver tabla y gráfico 4)

Siguiendo el bloque de comorbilidades en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 se demostró Diabetes Mellitus 2 con 60 (51.7%), Hipertensión Arterial Sistémica 10 (8.3%), Diabetes Mellitus 2+Hipertensión Arterial Sistémica con 28 (19.2%), Cardiopatías 10 (8.3%), Depresión con 7 (6.7%) y ninguna comorbilidad en un 5 (5.8%). (Ver tabla y gráfico 5)

Referente al tiempo de diagnóstico del cáncer cervicouterino en pacientes que acudieron al HGZ/UMF No. 8. Se percibió que las pacientes con menos de 6 meses en un 13 (10.8%), de 6 a 12 meses con 30 (25%), de 1-3años con 29 (24.2%), de 3-5 años con 31 (25.8%) y finalmente más de 5años con 17 (14.2%).(Ver tabla y gráfico 6)

Respecto al tipo histológico presente en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 se descubrió carcinoma escamoso con 90 (75%), adenocarcinoma en un 21 (17.5%) y otros con 9 (7.5%). (Ver tabla y gráfico 7)

En cuanto al estadio clínico FIGO en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8. Se registró estadio 1A1 con 34 (28.3%), estadio 1A2 con 55 (44.2%), estadio 1B1 con 17 (14.2%), estadio IB2 con 14 (13.3%). (Ver tabla y gráfico 8)

En la modalidad de tratamiento en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 se apreció conización con 23 (19.1%), histerectomía simple con 52 (43.3%), histerectomía radical con 20 (16.7%), histerectomía más radioterapia con 10 (8.3%) y por último radioterapia con 15 (12.8). (Ver tabla y gráfico 9)

Con respecto a la presencia de alteraciones en la función sexual femenina antes del tratamiento del cáncer cervicouterino en pacientes que acuden a la consulta externa HGZ/UMF No. 8, se detalló que si presentaban alteración en el 16 (13.3%) y no presentaban alteraciones en un 104(86.7%). (Ver tabla y gráfico 10)

Por último, con respecto a la presencia de alteración en la función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF no.8 se ilustró que no tenían relaciones sexuales un 19 (15%) pacientes, presencia de alteración en la función sexual con un 62 (51.7%) y finalmente sin alteración sexual en un 19 (33.3%). (Ver tabla y gráfico 11)

En la categoría de rangos de edad y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8. Se obtuvo para el grupo de 30-40 años 3 (2.5%) no tenían relaciones sexuales, 7 (5.8%) presentaba alteración en la función sexual y 8 (6.7%) sin alteración en la función sexual. Para el rango de 41-50 años 2 (1.7%) no tuvo relaciones sexuales, 11 (9.2%) presentaba alteración en la función sexual, 12 (10%) sin alteración en la función sexual. Además en el rubro de 51-60 años 1 (0.8%) no tuvo relaciones sexuales, 20 (16.7%) con alteración en la función sexual, 14 (11.7%) sin alteraciones en la función sexual. Así mismo, para el grupo 61-70 8 (6.7%) no tuvo relaciones sexuales, 16 (13.3%) presentaba alteración en la función sexual, por ultimo 5 (4.2%) sin alteración en la función sexual. Finalmente en el rubro mayor de 70 años 4 (3.3%) no tuvo relaciones sexuales, 8 (6.7%) presentaba alteración en la función sexual y por ultimo 1 (0.8%) no tenían alteración en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 12)

Respecto a la asociación de escolaridad y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8 se encontró que en el rubro de primaria 7 (5.8%) no tuvo relaciones sexuales, 22 (18.3%) presentaba alteración en la función sexual, 7 (5.8%) no tenía alteración en la función sexual. En el apartado de secundaria con 5 (4.2%) no tuvo relaciones sexuales, 13 (10.8%) presentaba alteración en la función sexual, 10(8.3%) no tenía alteración en la función sexual. Además se halló en bachillerato 5 (4.2%) no tenía relaciones sexuales, 16 (13.3%) presentaba alteración en la función sexual, 17 (14.2%) no tenía alteración en la función sexual. Por ultimo para el rubro de licenciatura 1 (0.8%) no tuvo relaciones sexuales, 11 (9.2%) presentaba alteración en la función sexual, 6 (5%) no tenían alteración en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 13)

En lo referente a la asociación de ocupación y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8. Se identificó que en el sector hogar con 5 (4.2%) no tuvo relaciones sexuales, 12 (10%) presentaba alteración en la función sexual, 8 (6.7%) no tenía alteración en la función sexual. En al área de empleada con 11 (9.2%) no tuvo relaciones sexuales, 37 (30.8%) presentaba alteración en la función sexual, 27 (22.5%) no tenía alteración en la función sexual. Además en obrera se encontró 1 (0.8%) no tenía relaciones sexuales, 4 (13.3%) presentaba alteración en la función sexual, 5 (4.2%) no tenía alteración en la función sexual. Finalmente en trabajador independiente se encontró 1 (0.8%) no tuvo relaciones sexuales, 9 (7.5%) sin alteración en la función sexual y 0 (0%) no tenían alteración en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 14)

En el apartado de estado civil y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8 se observó que en el espacio de casadas 6 (5%) no tuvo relaciones sexuales, 38 (31.7%) presentaba alteración en la función sexual, 26 (21.7%) no tenía alteración en la función sexual; en la categoría de unión libre con 0 (0%) no tuvo relaciones sexuales, 15 (12.5%) presentaba alteración en la función sexual, 9 (7.5%) no tenía alteración en la función sexual. Sin embargo en el rubro de Viudez 7 (5.8%) no tuvo relaciones sexuales, 1 (0.8%) presentaba alteración en la función sexual, 2 (1.7%) no tienen alteraciones en la función sexual. Para finalizar en divorciados 5 (4.2%) no tuvo relaciones sexuales, 8 (6.7%) presentaba alteración en la función sexual y 3 (2.5%) no tenía alteración en la función sexual (Ver tabla y gráfica 15)

En cuanto a la presencia de comorbilidades y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8. Se reportó que en el rubro de Diabetes Mellitus tipo 2 encontramos 9 (7.5%) no tuvo relaciones sexuales, 29 (24.2%) presentaba alteración en la función sexual y 22 (18.3%) no tenía alteración en la función sexual. En el sector de Hipertensión Arterial Sistémica con 1 (0.8%) no tuvo relaciones sexuales, 6 (5%) presentaba alteración en la función sexual, 1 (0.8%) no tenían alteración en la función sexual. En la asociación de DM2 +HAS con el 1 (0.8%) no tuvo relaciones sexuales, 19 (15.8%) con alteración en la función sexual y 8 (6.7%) sin alteración en la función sexual. Otra área fue cardiopatías con 5 (4.2%) sin relaciones sexuales, 4 (3.3%) presentaba alteración en la función sexual, 0 (0.8%) sin alteración en la función sexual. Respecto a depresión encontramos 1 (0.8%) sin relaciones sexuales, 3 (0.8%) con alteración en la función sexual, 5 (4.2%) sin alteración en la función sexual. Finalmente las pacientes sin ninguna comorbilidad en un 1 (0.8%) no tenía relaciones sexuales, 1 (0.8%) con alteraciones en la función sexual y finalmente 3 (2.5%) sin comorbilidades sin evidencia de alteraciones en la función sexual. (Ver tabla y gráfico 16)

Respecto al rubro tiempo de diagnóstico de cáncer cervicouterino y función sexual femenina en pacientes con cáncer cérvico uterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8 encontramos que en el rango menor a 6 meses hallamos 2 (1.7%) no tuvo relaciones sexuales, 9 (7.5%) presentaba alteración en la función sexual, 2 (1.7%) no tuvieron alteraciones en la función sexual. En la categoría de 6-12 meses con 4 (3.3%) no tuvieron relaciones sexuales, 13(10.8%) presentaban alteraciones en la función sexual, 13 (10.8%) no presentaban alteraciones en la función sexual. En el espacio de 1-3años 0(0%) no tuvo relaciones sexuales, 19 (15.8%) presentaron alteración función sexual y 10(8.3%) no tuvo alteración de la función sexual. En cuanto al tiempo de 3-5 años 7 (5.8%) no tuvo relaciones sexuales, 13 (10.8%) presentaron alteraciones en la función sexual, 11 (9.2%) no tuvieron alteraciones en la función sexual y finalmente más de 5años 5 (4.2%) no tenían relaciones sexuales, 8 (6.8%) presentaban alteraciones en la función sexual y 40 (33.3%) sin presencia de alteraciones en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 17)

De acuerdo a la relación entre tipo histológico y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8 se plasmó que en la categoría de carcinoma de células escamosas 12 (10%) no tuvo relaciones sexuales, 49 (40.8%) presentó alteraciones en la función sexual, 29 (24.2%) no presentó alteración en la función sexual. En cuanto al tipo adenocarcinoma 5 (4.2%) no tuvo relaciones sexuales, 10 (8.3%) presentaba alteración en la función sexual, 6 (5%) no tuvo alteración en la función sexual. Otros tipos histológicos 1 (0.8%) no tuvo relaciones sexuales, 3 (2.5%) con alteración en la función sexual y 5 (4.2%) tuvo alteración en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 18)

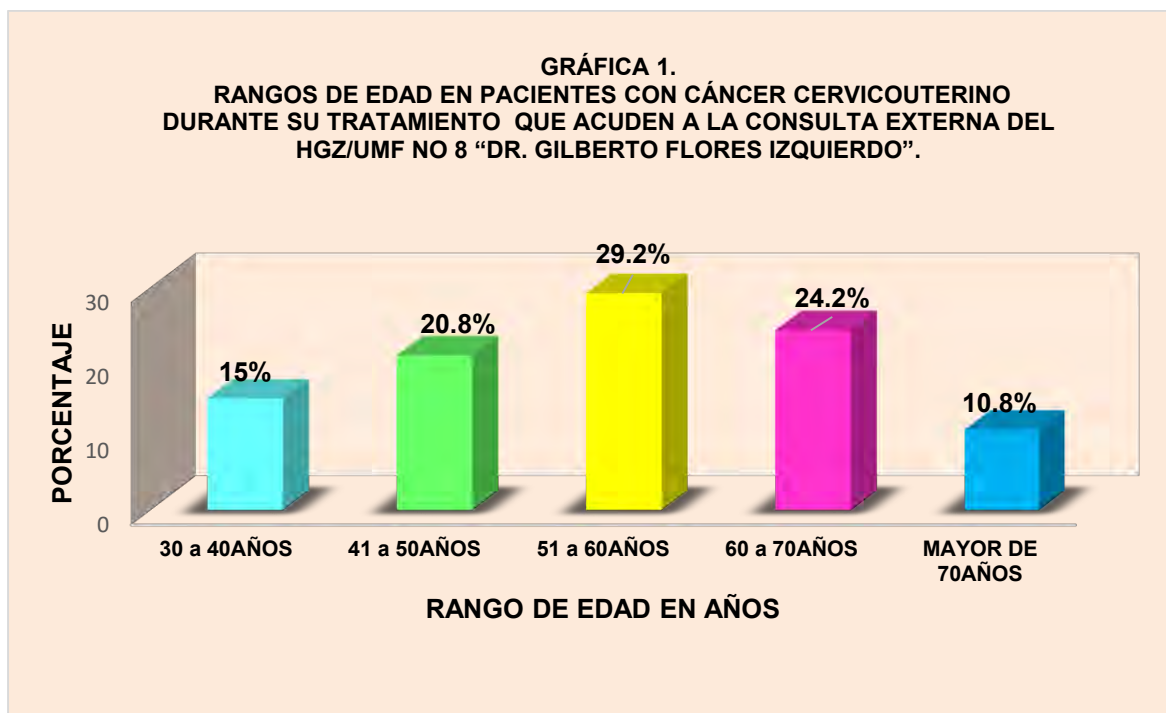
Para la asociación del estadio según FIGO y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa el HGZ/UMF No.8 se demostró que en el “estadio 1A1 con 4(3.3%) no tuvo relaciones sexuales, 15 (10.5%) presentaba alteraciones en la función sexual y 15 (9.5%) no tenían alteración en la función sexual. En cuanto al “Estadio IA2” con 6 (5.3%) no tuvo relaciones sexuales, 30 (27.6%) presentaba alteración de la función sexual, 19 (14.7%) no tenían alteraciones en la función sexual. “Estadio IB1” con 4 (3.3%) no tuvo relaciones sexuales, 9 (7.5%) presentaron alteraciones en la función sexual y 4 (3.3%) no tuvieron alteraciones en la función sexual. Para concluir en el “Estadio IB2” 4 (3.1%) no tuvieron relaciones sexuales, 8 (6.1%) presentaron alteraciones en la función sexual y 2 (5.8%) sin evidencia de alteraciones en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 19)

Con respecto a la asociación entre tratamiento y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF. No. 8 se demostró conizaciones 3 (2.5%) no tenía relaciones sexuales, 13 (10.8%) no presentaron alteraciones en la función sexual, 7 (5.8%) no tuvieron alteraciones en la función sexual. Pacientes con histerectomía simple con 9 (7.5%) no tenían relaciones sexuales, 13 (10.8%) con alteración en la función sexual y 30 (25%) no tuvieron alteración en la función sexual. Pacientes con histerectomía radical con 4 (3.3%) sin relaciones sexuales, 14 (11.7%) tuvieron alteración en la función sexual y 2 (1.7%) sin alteraciones en la función sexual. Histerectomía más radioterapia 2 (1.7%) no tenían relaciones sexuales, 7 (5.8%) presentaban alteraciones en la función sexual, 1 (0.8%) no presentaban alteración en la función sexual y finalmente modalidad de radioterapia 0 (0%) no tuvieron relaciones sexuales, 15 (12.5%) con alteración en la función sexual, y 0(0%) sin evidencia de alteraciones en la función sexual. (Ver tabla y gráfica 20)

TABLA 1

RANGOS DE EDAD EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
30 A 40 AÑOS	18	15
41 A 50 AÑOS	25	20.8
51 A 60 AÑOS	35	29.2
61 A 70 AÑOS	29	24.2
MAYOR DE 70 AÑOS	13	10.8
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



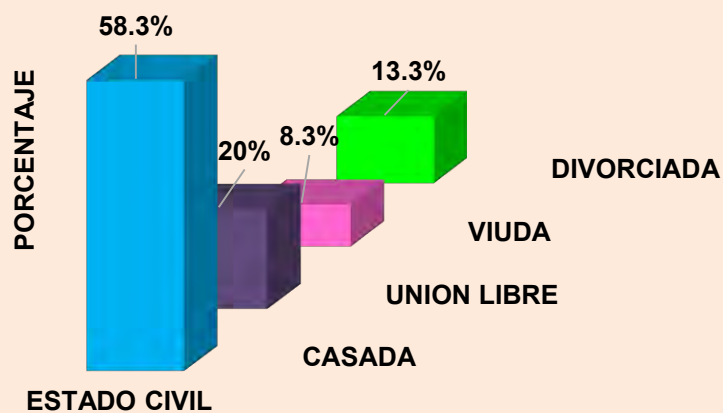
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 2.

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CASADA	70	58.3
UNION LIBRE	24	20
VIUDA	10	8.3
DIVORCIADA	16	13.3
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICO 2.
ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



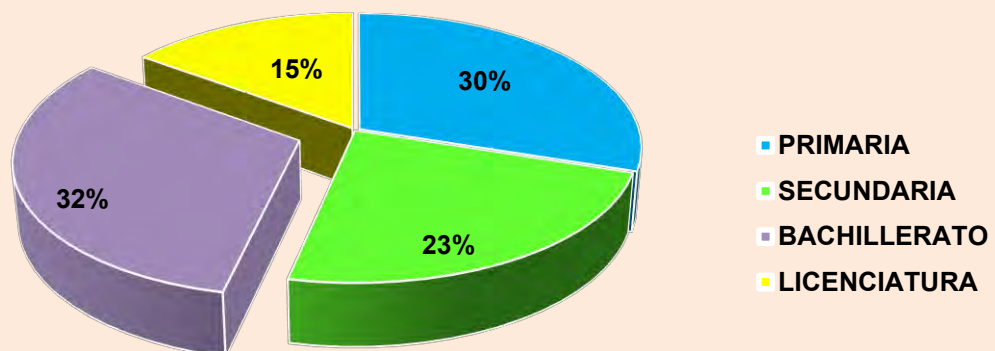
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 3.

ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	36	30.0
SECUNDARIA	28	23.3
BACHILLERATO	38	31.7
LICENCIATURA	18	15.0
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 3
ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



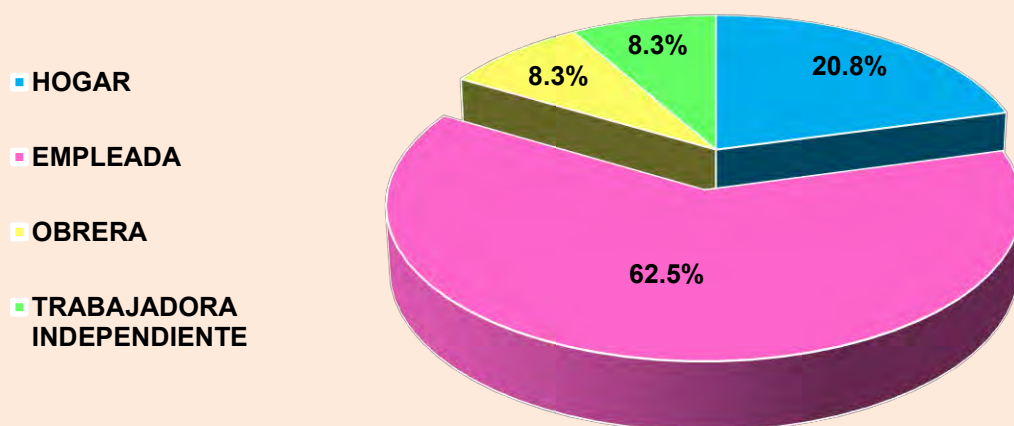
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 4.

OCUPACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
HOGAR	25	20.8%
EMPLEADA	75	62.5%
OBRERA	10	8.3%
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	8.3%
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 4.
OCUPACIÓN EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



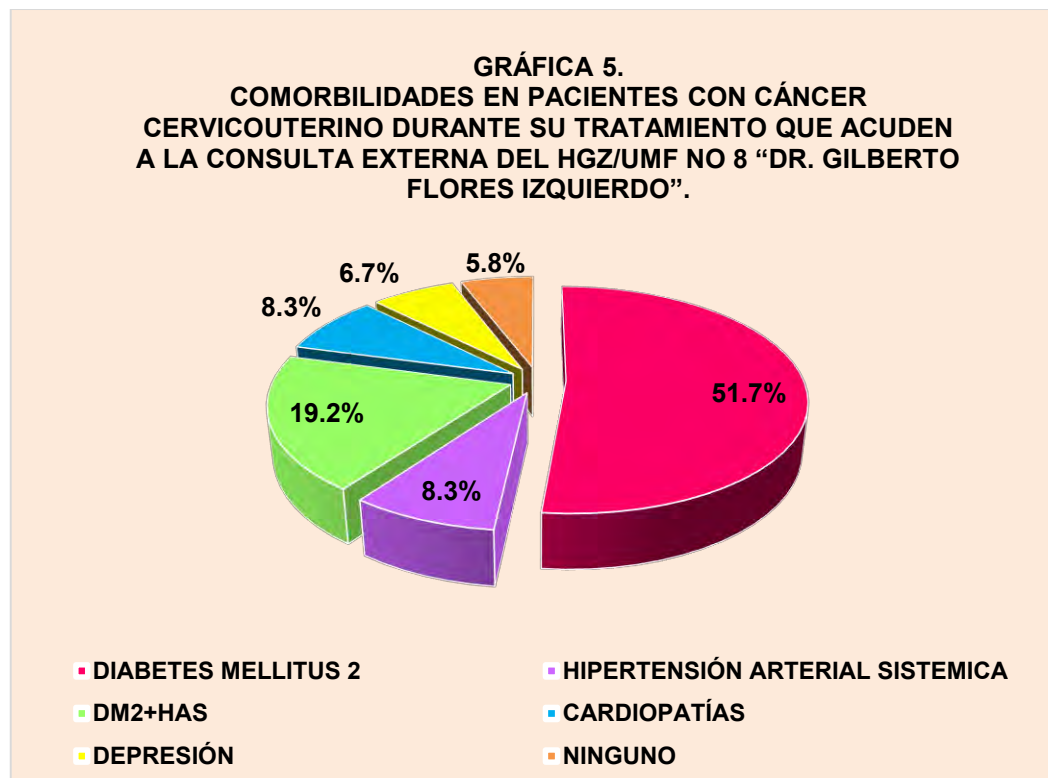
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 5

COMORBILIDADES EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
COMORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
DIABETES MELLITUS 2	60	51.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	10	8.3
DIABETES MELLITUS 2+ HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	28	19.2
CARDIOPATÍAS	10	8.3
DEPRESIÓN	7	6.7
NINGUNO	5	5.8
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G, Vilchis-C.E, Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 5.
COMORBILIDADES EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G, Vilchis-C.E, Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

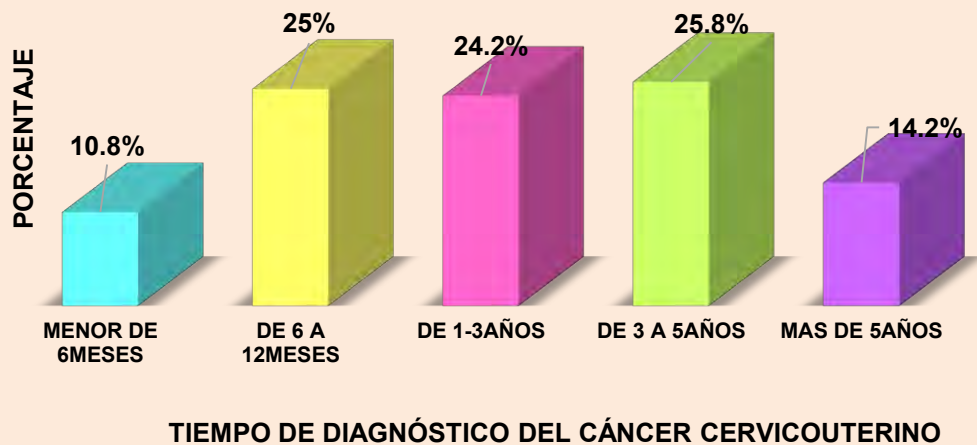
TABLA 6.

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DEL CANCER UTERINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MENOR DE 6 MESES	13	10.8
DE 6 A 12 MESES	30	25
1-3 AÑOS	29	24.2
3-5 AÑOS	31	25.8
MÁS DE 5 AÑOS	17	14.2
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G, Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 6.
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



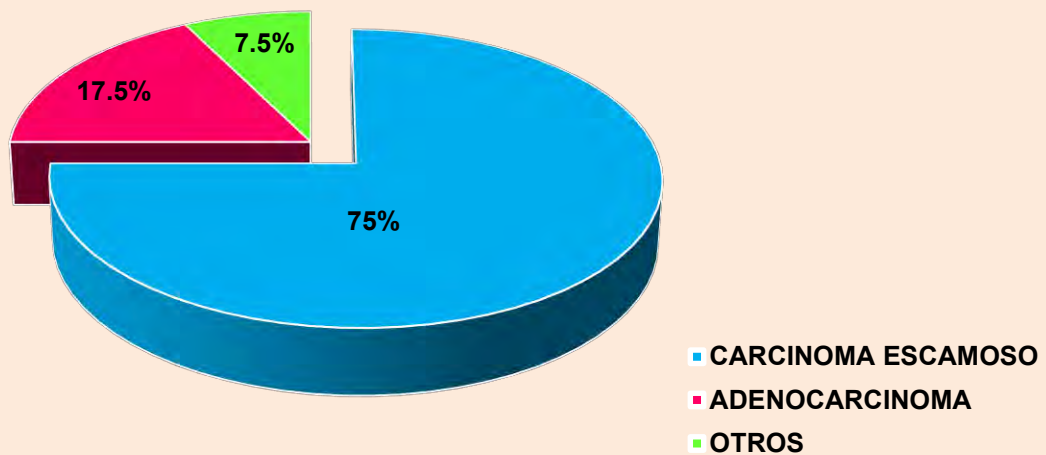
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G, Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 7.

TIPO HISTOLOGICO EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.		
HISTOPATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARCINOMA ESCAMOSO	90	75
ADENOCARCINOMA	21	17.5
OTRO	9	7.5
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

GRÁFICA 7.
TIPO HISTOLOGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

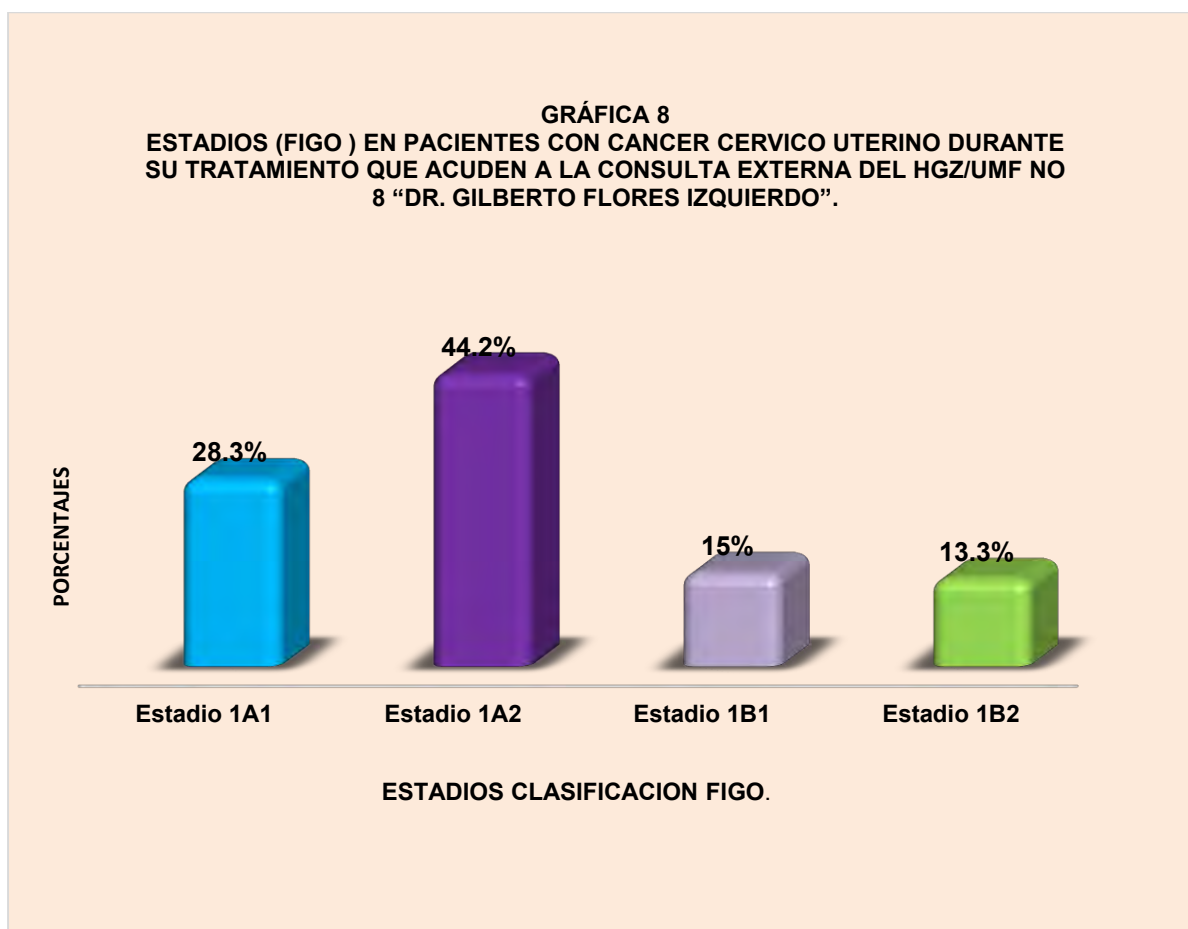


Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2018.

TABLA 8

ESTADIOS (FIGO) EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
ESTADIO FIGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Estadio IA1	34	28.3
Estadio IA2	55	44.2
Estadio IB1	17	14.2
Estadio IB2	14	13.3
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



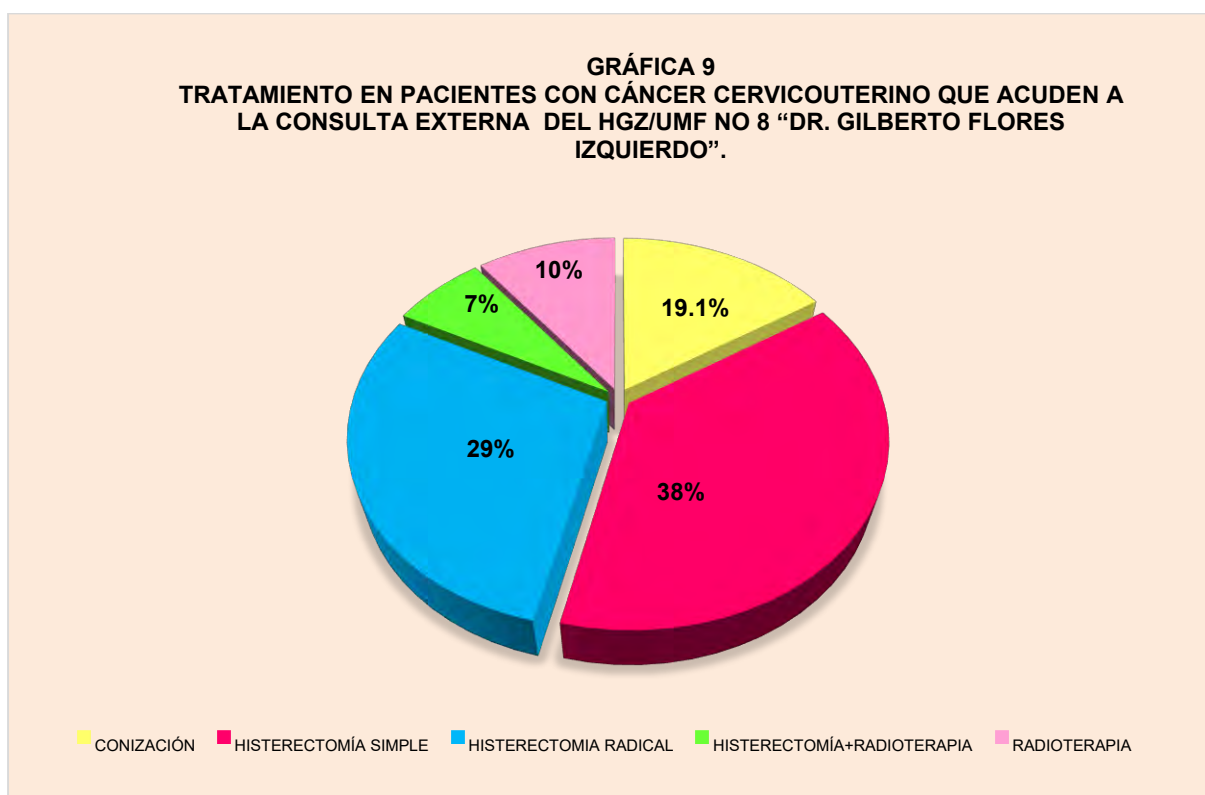
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 9

TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CONIZACIÓN	23	19.1
HISTERECTOMIA SIMPLE	52	43.3
HISTERECTOMIA RADICAL	20	16.7
HISTERECTOMIA +RADIOTERAPIA	10	8.3
RADIOTERAPIA	15	12.6
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 9
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 10

PRESENCIA DE ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ANTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
ALTERACION EN LAFUNCIÓN SEXUAL ANTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVIICO UTERINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	16	13.3
NO	104	86.7
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA NO. 10
PRESENCIA DE ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ANTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

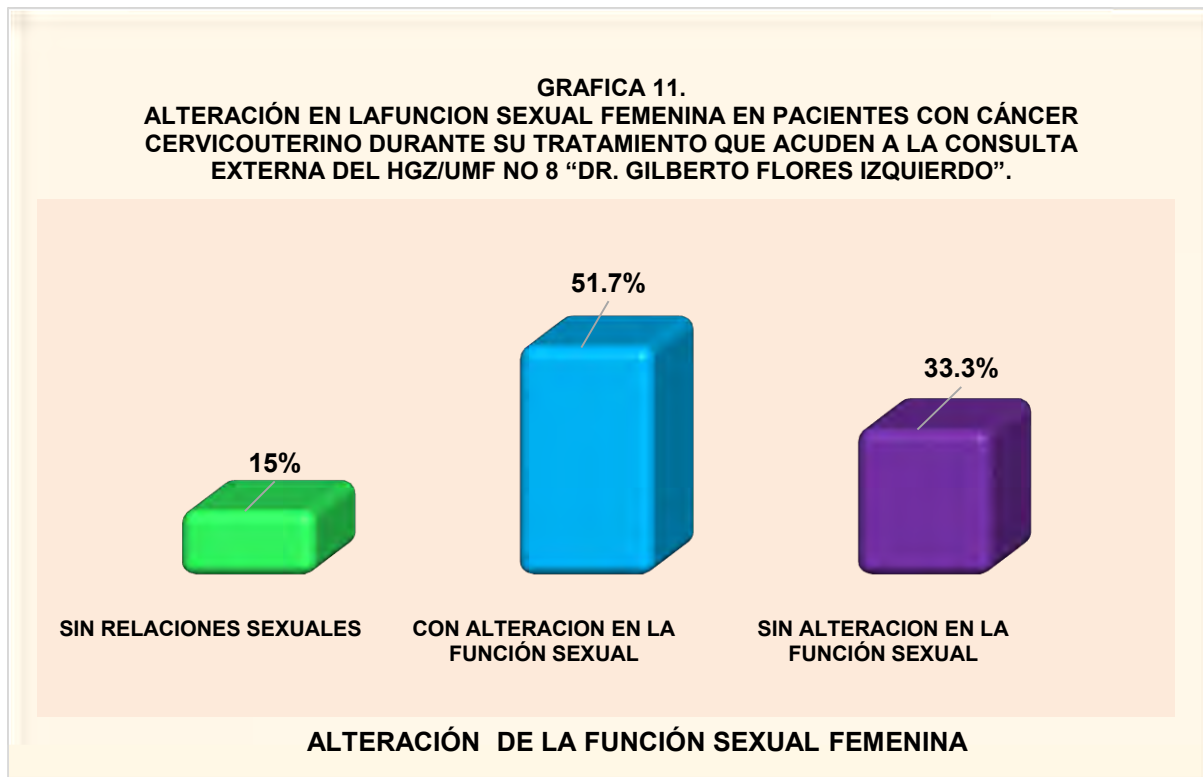


Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 11

ALTERACION EN LA FUNCION SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".		
ALTERACION DE LA FUNCION SEXUAL FEMENINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIN RELACIONES SEXUALES	19	15
CON ALTERACION EN LA FUNCION SEXUAL	62	51.7
SIN ALTERACION EN LA FUNCION SEXUAL	19	33.3
TOTAL	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



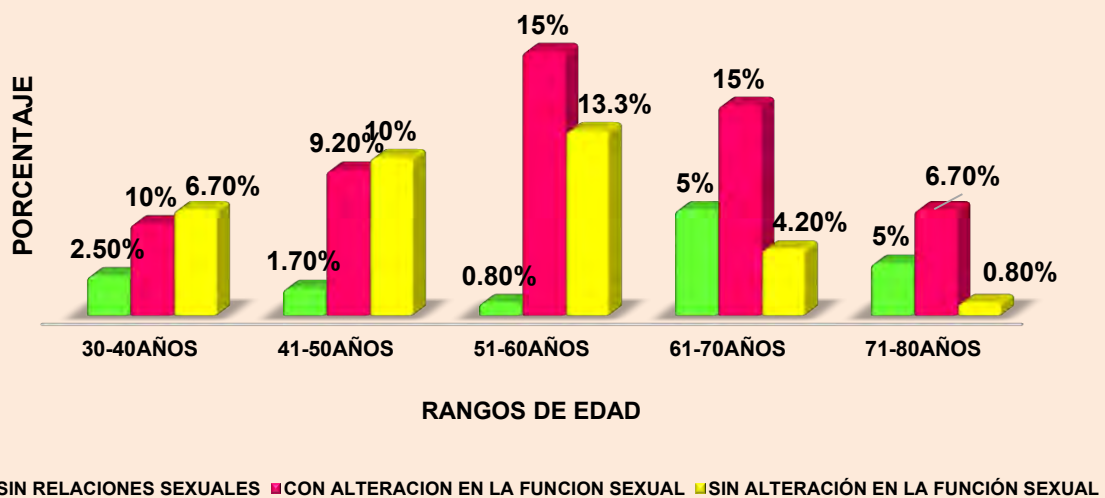
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 12

RANGO DE EDAD Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"								
RANGOS DE EDAD(AÑOS)	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACION DE LA FUNCION SEXUAL		SIN ALTERACION DE LA FUNCION SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
30-40AÑOS	3	2.5	7	5.8	8	6.7	18	15
41-50AÑOS	2	1.7	11	9.2	12	10	25	20.8
51-60AÑOS	1	0.8	20	16.7	14	11.7	35	29.2
61-70AÑOS	8	6.7	16	13.3	5	4.2	29	24.2
MAS DE 70AÑOS	4	3.3	8	6.7	1	0.8	13	10.8
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 12.
RANGO DE EDAD Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVIICO UTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

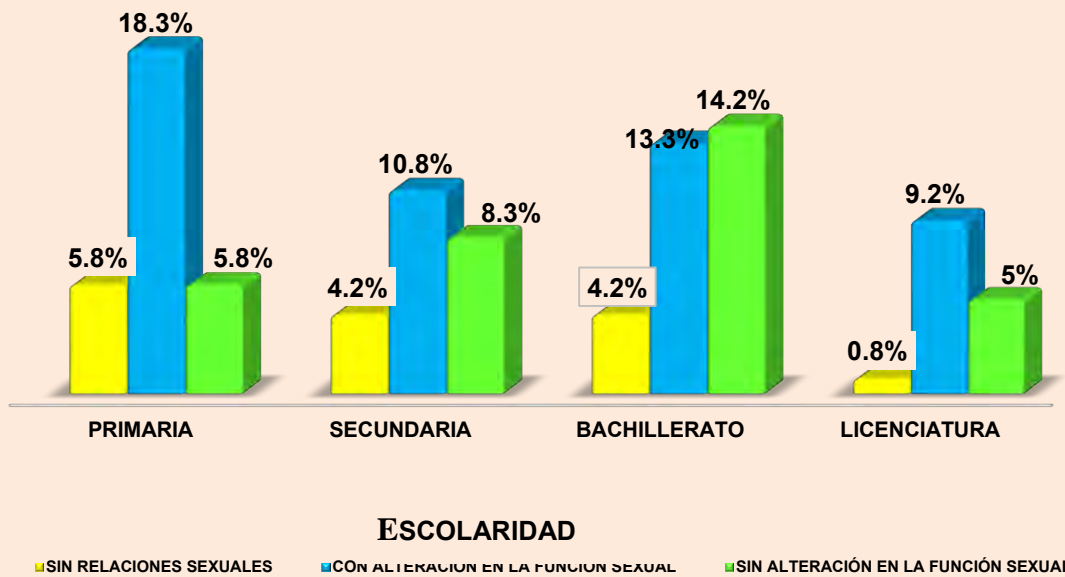
TABLA 13

ESCOLARIDAD Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

ESCOLARIDAD	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		SIN ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
PRIMARIA	7	5.8	22	18.3	7	5.8	36	30
SECUNDARIA	5	4.2	13	10.8	10	8.3	28	23.3
BACHILLERATO	5	4.2	16	13.3	17	14.2	38	31.7
LICENCIATURA	1	0.8	11	9.2	6	5	18	15
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 13.
ESCOLARIDAD Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



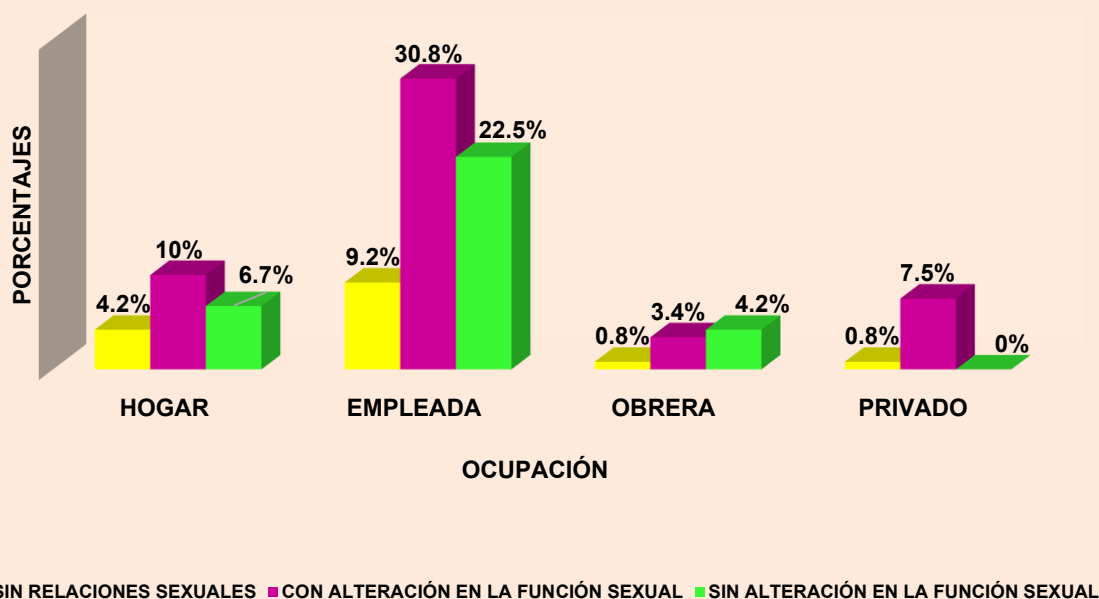
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 14.

OCUPACIÓN Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".									
OCUPACIÓN	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		SIN ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		TOTAL		
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	
HOGAR	5	4.2	12	10	8	6.7	25	20.8	
EMPLEADA	11	9.2	37	30.8	27	22.5	75	62.5	
OBRERA	1	0.8	4	3.3	5	4.2	10	8.3	
PRIVADO	1	0.8	9	7.5	0	0	10	8.3	
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100	

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICO 14
OCUPACIÓN Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



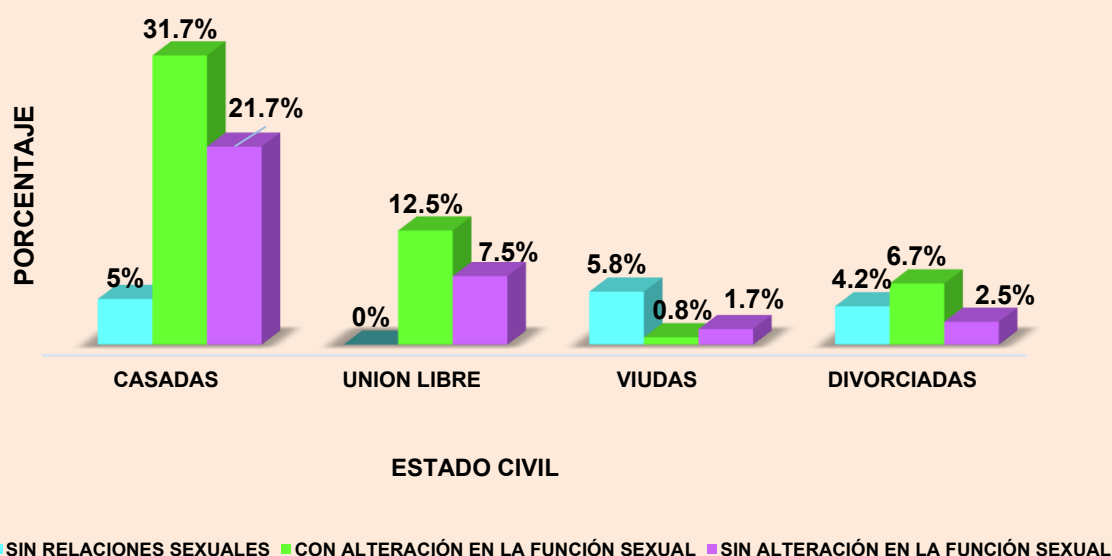
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 15.

ESTADO CIVIL Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"								
ESTADO CIVIL	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACION EN LA FUNCION SEXUAL		SIN ALTERACION EN LA FUNCION SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
CASADO	6	5	38	31.7	26	21.7	70	58.3
UNION LIBRE	0	0	15	12.5	9	7.5	24	20
VIUDO	7	5.8	1	0.8	2	1.7	10	8.3
DIVORCIADO	5	4,2	8	6.7	3	2.5	16	13.3
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G, Vilchis-C.E, Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 15.
ESTADO CIVIL Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G, Vilchis-C.E, Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

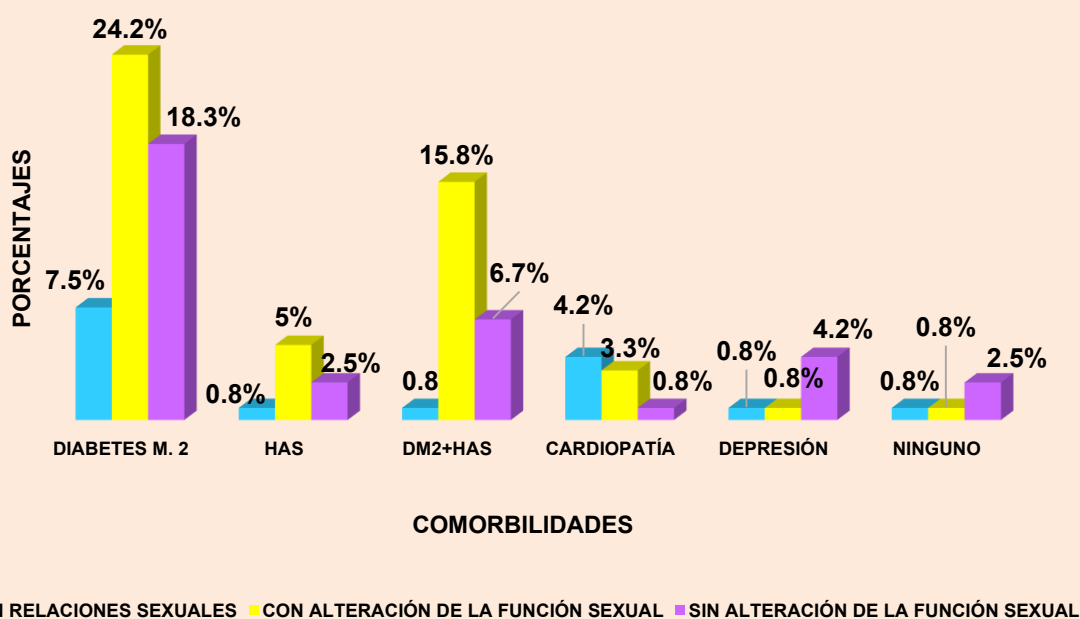
TABLA 16.

COMORBILIDADES Y FUNCION SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

COMORBILIDADES	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACION DE LA FUNCION SEXUAL		SIN ALTERACION DE LA FUNCION SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
DIABETES M. 2	9	7.5	29	24.2	22	18.3	60	50%
HAS	1	0.8	6	5	3	2.5	10	8.3
DM2+HAS	1	0.8	19	15.8	8	6.7	28	23.3
CARDIOPATÍAS	5	4.2	4	3.3	1	0.8	10	8.3
DEPRESIÓN	1	0.8	3	0.8	5	4.2	7	5.8
NINGUNO	1	0.8	1	0.8	3	2.5	5	4.2
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA No. 16
COMORBILIDADES Y FUNCION SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

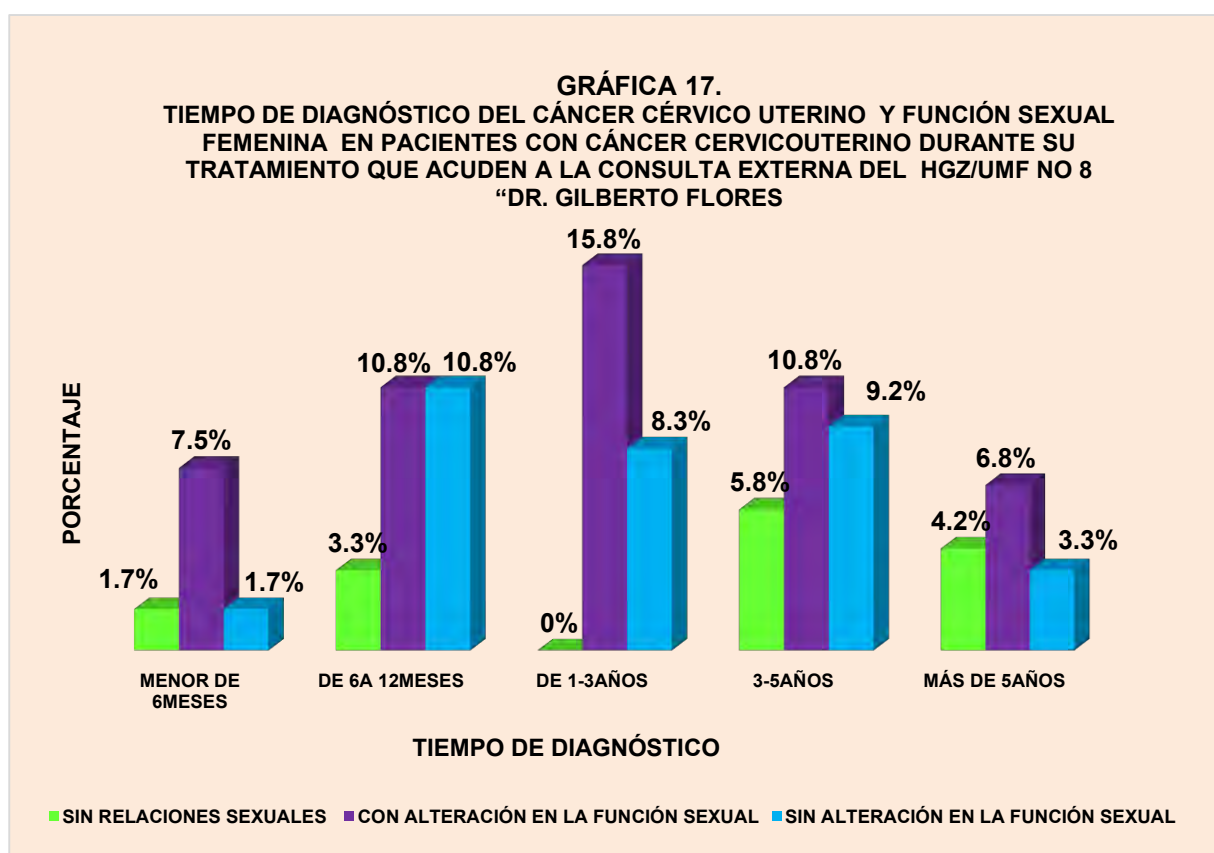


Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 17

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".								
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER UTERINO	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		SIN ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
MENOR A 6MESES	2	1.7	9	7.5	2	1.7	13	10.8
DE 6-12MESES	4	3.3	13	10.8	13	10.8	30	25
DE 1-3AÑOS	0	0	19	15.8	10	8.3	29	24.2
3-5AÑOS	7	5.8	13	10.8	11	9.2	31	25.8
MÁS DE 5AÑOS	5	4.2	8	6.8	4	3.3	17	14.2
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



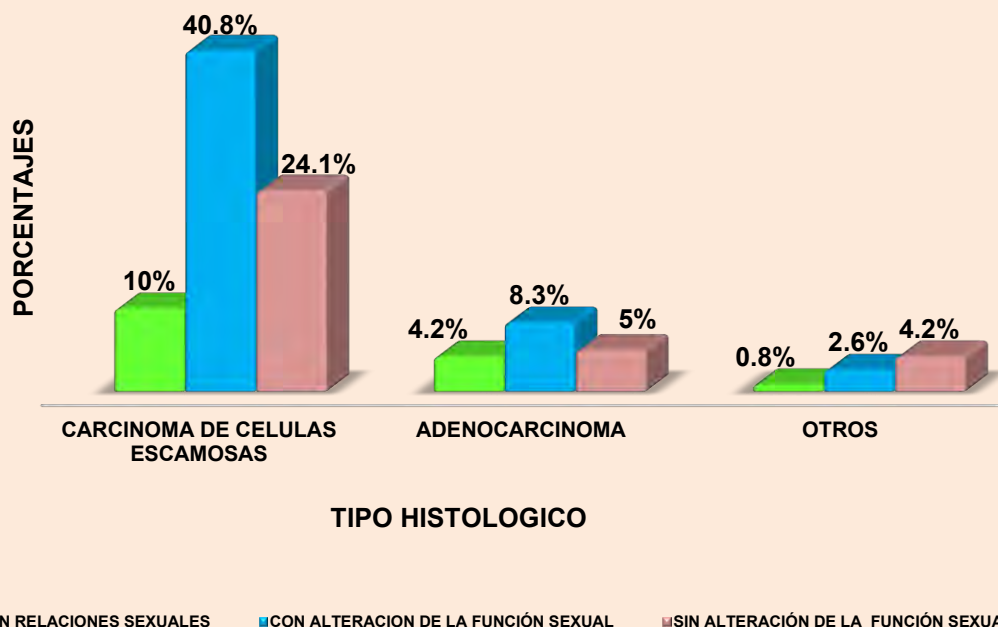
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 18.

TIPO HISTOLOGICO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".								
TIPO HISTOLOGICO	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		SIN ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	12	10	49	40.8	29	24.2	90	75
ADENOCARCINOMA	5	4.2	10	8.3	6	5	21	17.5
OTROS	1	0.8	3	2.5	5	4.2	9	7.5
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA NO. 18
TIPO HISTOLOGICO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



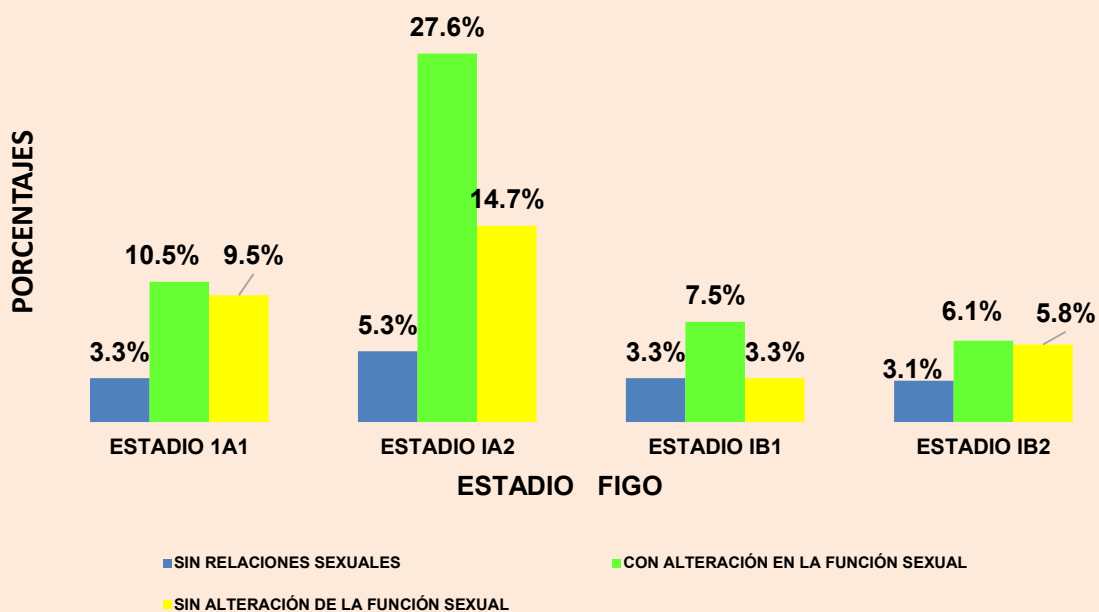
Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

TABLA 19.

ESTADIO SEGÚN FIGO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".								
ESTADIO SEÚN FIGO	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		SIN ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
ESTADIO IA1	4	3.3	15	10.5	15	9.5	34	28.3
ESTADIO IA2	6	5.3	30	27.6	19	14.7	55	45.9
ESTADIO IB1	4	3.3	9	7.5	4	3.3	17	14.2
ESTADIO IB2	4	3.1	8	6.1	2	5.8	14	11.6
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICO 19.
ESTADÍO FIGO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

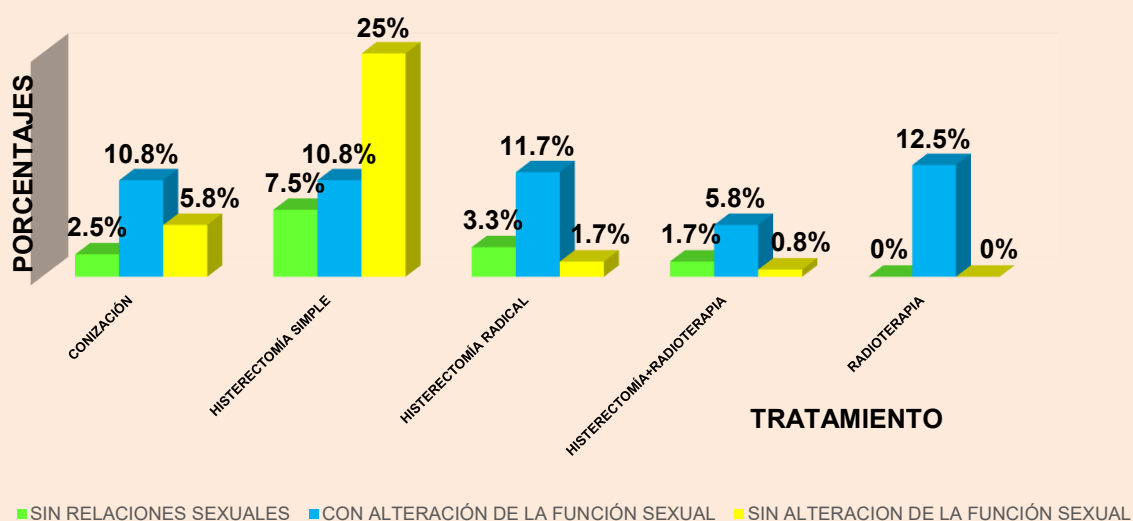
TABLA 20.

TRATAMIENTO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

TRATAMIENTO	SIN RELACIONES SEXUALES		CON ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		SIN ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
CONIZACION	3	2.5	13	10.8	7	5.8	23	19.2
HISTERECTOMIA SIMPLE	9	7.5	13	10.8	30	25	52	43.3
HISTERECTOMIA RADICAL	4	3.3	14	11.7	2	1.7	20	16.7
HISTERECTOMIA+ RADIOTERAPIA	2	1.7	7	5.8	1	0.8	10	8.3
RADIOTERAPIA	0	0	15	12.5	0	0	15	12.5
TOTAL	18	15	62	51.7	40	33.3	120	100

Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA NO. 20
TRATAMIENTO Y FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".



Fuente: n=120 Morales-S.E, Espinoza-A G. Vilchis-C.E. Fernández H.I. Identificación de alteraciones en la función sexual femenina en pacientes con cáncer cervicouterino durante su tratamiento que acuden a la consulta externa del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

DISCUSIONES

En el estudio realizado por Apas (Argentina, 2017) Patrones de atención del cáncer cervical en Argentina, realizo un seguimiento de pacientes con cáncer cérvico uterino, donde la edad de diagnóstico fue de 55 a 65 años, en contraste con nuestro estudio donde el rango fue de 51-60 años. Esta similitud en ambos países en vías de desarrollo puede explicarse por influencia que factores como la pobreza, el estado individual, desempleo o niveles más bajos de educación y un acceso reducido a la atención médica institucional y privada se asocian a menor porcentaje de cobertura para la detección más temprana de esta neoplasia siendo identificada desafortunadamente en estadios avanzados en población más longeva.

Con respecto al grado de educación, en el estudio “cáncer cervicouterino y factores relacionados” elaborado por Artilles et al. (Colombia, 2010) realizo el seguimiento de 180 pacientes reportando que 13.8% de las pacientes con licenciatura presentaban alteraciones de su función sexual en comparación al 23% en mujeres con escolaridad básica; mientras que en nuestro estudio encontramos 9.2% con alteración de su funcionalidad sexual en el rubro de licenciatura seguido de un 18% con escolaridad primaria, estas similitudes hacen deducir que a mayor educación y por ende un nivel superior de conocimientos favorece más el acceso a la información, con apertura al dialogo y comunicación bidireccional así como el reconocimiento oportuno de factores de riesgo fomentando la conciencia y cultura de prevención e importancia de la asistencia a los medios de salud para intervenciones oportunas ante la presencia de alteraciones de índole sexual.

De acuerdo al estudio “Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors” por Schenaider et al. (USA, 2011) se hizo una evaluación entre el tiempo de diagnóstico y el grado de alteración sexual en pacientes de 5 a 10 años de evolución con cáncer cervicouterino encontrando que el 20% presentaban alteraciones en la función sexual, principalmente en mujeres de 40-50 años. Estos resultados se contraponen con los encontrados de nuestro estudio, donde el mayor porcentaje de pacientes con alteraciones en la función sexual se encontró en el rubro de 1-3 años del diagnóstico con afección del 15.8%, mientras que aquellas pacientes con más de 5 años solo presentan 6.8% de alteraciones, en edades de 51-60 años; esto se puede explicar por qué en mujeres con mayor edad y tiempo de diagnóstico han tenido tiempo necesario para conocer su enfermedad, tienen conocimiento de su pronóstico y han desarrollado diversos estilos de afrontamiento que le permiten el fortalecimiento de redes de apoyo familiares y sociales aminorando el impacto en la calidad de vida; mientras que en pacientes más jóvenes con diagnóstico relativamente reciente aún conservan la incertidumbre sobre su pronóstico a corto y largo plazo, dudan sobre su fertilidad, complicaciones o efectos secundarios de su tratamiento y repercusiones en su pareja y familia.

Greimel E. R. y cols. Calidad de vida y funcionamiento sexual después del tratamiento del cáncer de cuello uterino: un estudio de seguimiento a largo plazo (2009, Austria). Se estudiaron a 121 sobrevivientes de cáncer de cuello uterino donde se investigaron los efectos secundarios del tratamiento a largo plazo sobre el funcionamiento sexual en los diferentes regímenes de tratamiento (63 con cirugía, 38 cirugía más radioterapia y 20 radioterapia) donde se observó que un 17,3% de los pacientes tratados con radioterapia presentaban una tasa de afectación sexual significativamente mayor a las pacientes quirúrgicas; mientras que en el estudio (Cuba, 2011) de Álvarez y cols. “complicaciones del tratamiento entre los sobrevivientes a largo plazo de cáncer de cuello uterino: tratados mediante cirugía o radioterapia”; se dio seguimiento a 150 pacientes durante 5 años donde se demostró que el 15% de las pacientes presentó más alteraciones en el funcionamiento sexual posterior a la radiación en comparación a las tratadas con cirugía. Por otro lado; Plotti F. (Argentina, 2012) en el estudio “la función sexual después de la histerectomía radical para el cáncer de cuello uterino en etapa inicial. Un estudio prospectivo” se estudiaron múltiples pacientes en estadio IA2-IB1 de la FIGO donde fueron abordados con histerectomía sola, arrojando un 16% asociada a mejor función sexual. En nuestro estudio encontramos que se realizaron más histerectomías pero se demostró mayor afección de la funcionalidad sexual en la modalidad de radioterapia con un 12.5% en las pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino en comparación a las tratadas quirúrgicamente; estas similitudes se fundamenta por los efectos secundarios y mecanismo de acción de los medicamentos antineoplásicos por su efecto y daño a nivel de las terminaciones nerviosa, vasos sanguíneos y hormonas que subyacen como responsables de la inervación a estructuras adyacentes tanto a nivel vaginal, como regional seguido de menopausia inducida por el mismo tratamiento o disfunción gonadal prematura; por otro lado la presencia de síntomas sistémicos como anemia, leucopenia, diarrea y fatiga contribuyen más a los efectos citotóxicos alterando severamente la función sexual.

Respecto a la relación de comorbilidades y función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino, en el estudio denominado “disfunción orgásmica entre mujeres diabéticas con cáncer cérvico uterino” González y cols. Brasil, 2014) se dio seguimiento a 353 pacientes donde 18% de ellas tuvieron disfunción sexual manifestada por una sensibilidad genital reducida y lubricación deficiente mientras que en los resultados obtenidos de nuestro estudio se encontró a 24.2% con alteraciones en su funcionamiento sexual, estos hallazgos difieren porque México tiene una prevalencia mayor de diabetes mellitus 2 (9.5%) en comparación a países de América Latina como Brasil con 7.3% por otro lado; la presencia de alteraciones sexual está asociada a complicaciones vasculares reflejados en una disminución de la lubricación y anomalías neuroendocrinas que afectan los órganos genitales siendo más evidentes en aquellos con mal apego a tratamiento médico o estados de descontrol glucémico prolongado.

Finalmente en el estudio Aguilar G. C (México, 2010) "Dimensiones psicológicas entre parejas que enfrentan cáncer del Instituto Nacional de Cancerología "menciona que el apoyo de pareja no necesariamente tiene que ser positiva en su totalidad con cierta influencia negativa en la percepción de la calidad de vida (30%)". En nuestro estudio encontramos que el 31.7% de las mujeres estudiadas con mayor alteración de la función sexual estaba casada al momento de la entrevista, estos hallazgos similares permiten definir que la presencia de una pareja, no siempre es un factor protector positivo, ya que puede incrementar los efectos psicológicos de la propia enfermedad, precipitar más la incertidumbre por la sexualidad generando mayores problemas personales y de pareja afectando su calidad de vida.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo conocimiento del vínculo que existe entre función sexual femenina y el cáncer cervicouterino mediante la aplicación del cuestionario IFS –Índice de función sexual femenina– así como relación e influencia de la ocupación, estado civil, comorbilidades , tiempo de diagnóstico del cáncer cérvico uterino, estadio clínico y por supuesto la modalidad de tratamiento recibida en las pacientes que acuden a la consulta externa del H.G.Z / U.M.F No 8.

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo. En México, es un desafío para el sistema de salud pues representa la segunda causa de muerte por neoplasia maligna con predominio en edad productiva (25 a 64 años). Partiendo de un modelo que exige un enfoque integrador, se debe contemplar las repercusiones en el ámbito sexual importante partícipe de la calidad de vida de estas pacientes, es por ello que nuestra investigación fue relevante ya que se pudo relacionar factores influyentes en las alteraciones del funcionamiento sexual con el objetivo de proponer alternativas de intervención que favorezcan las condiciones de su sexualidad y calidad de vida.

Entre los alcances observados aplicando el cuestionario "Índice de función sexual" permitió identificar la frecuencia de la población afectada respecto a su funcionamiento sexual en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino además de asociación e influencia de entre otros factores como estadio clínico y modalidad de tratamiento médico o quirúrgico reiterando que a estadios detectados tempranamente el impacto en la función sexual es menor, de ahí surge la necesidad fomentar la detección temprana del cáncer cérvico uterino, pues a pesar de la difusión que se realiza los alcances propuestos son difusos; además de incidir en los casos nuevos de ansiedad y depresión que la misma patología por si sola desencadena.

Otro alcance de nuestra investigación es reafirmar lo que la literatura nacional e internacional describe aplicado a población mexicana; es por ello que el médico de primer contacto debe hacer mayor énfasis en la confianza, información, e importancia del tamizaje en pacientes vulnerables para la detección y prevención oportuna, con la finalidad de reducir secuelas, repercusiones físicas, emocionales, personales y de pareja que si bien es relevante para las pacientes es poco abordado bidireccionalmente; así mismo es importante la realización de un screening en pacientes con cáncer cérvico uterino con factores de riesgo como herramienta diagnóstica para un abordaje prematuro integral y multidisciplinario de posibles alteraciones de índole sexual.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio tenemos que no se realizó en un centro de concentración más específico para pacientes oncológicos, como lo es el Instituto Nacional de Cancerología o unidad de Oncología de Centro Médico donde la demanda del servicio es mayor, teniendo sólo muestra representativa respecto a la situación nacional; por otro lado solo se dio seguimiento y tratamiento a estadios iniciales pudiendo existir un grado mayor de afectación en el funcionamiento sexual a lo encontrado en nuestro estudio.

Otra limitación más, es que el cuestionario fue aplicado a pacientes durante o posterior al tratamiento médico o quirúrgico, idealmente este debería aplicarse al momento del diagnóstico, a los 6 meses, 12 meses y 2 años posteriores al tratamiento permitiendo establecer similitudes o diferencias entre el antes y después así como influencia de otros factores aun no identificados.

En cuanto a los posibles sesgos es que algunas pacientes mantenían conflictos sentimentales respecto a su pareja que tal vez pudieron interferir en la interpretación del cuestionario, lo que modifica la perspectiva de su funcionamiento sexual respecto a la enfermedad.

El presente estudio resulta de relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar, bajo el contexto de una visión integral y cultura de prevención, el médico de primer contacto debe identificar posibles alteraciones de la función sexual en pacientes con cáncer cérvico uterino, sobre todo en aquellas con escolaridad básica, casadas, radiadas, para realizar intervenciones oportunas, directas o indirectas la canalización hacia algún servicio específico con el fin de disminuir la tasa de angustia y episodios de depresión asociada a esta patología aminorando el impacto en su calidad de vida; por ello que la implementación y difusión de instrumentos de rápida, fácil y práctica aplicación en la consulta como el índice de función sexual femenina en los diferentes niveles de atención permitirá una identificación oportuna. Por otro lado, la perspectiva que el médico de primer nivel de atención tiene es la prevención, por lo que debe mostrar mayor énfasis en población vulnerable y con factores de riesgo para la detección temprana del cáncer cérvico uterino con el objetivo de disminuir el número de casos nuevos anuales o en su defecto, realizar el envío oportuno en el menor tiempo posible al nivel de atención correspondiente para un abordaje integral.

En el aspecto educativo nuestro estudio profundiza el conocimiento acerca de las alteraciones y otros factores relacionados con el funcionamiento sexual durante el seguimiento de pacientes con cáncer cérvico uterino y su trascendencia en la calidad de vida, esto permitirá fortalecer la confianza, la comunicación, los conocimientos así como un mayor grado de sensibilización por parte del personal médico y por otra parte talleres dirigidas a pacientes donde se profundice el impacto de esta enfermedad en el aspecto sexual, dotadas de alternativas que le permita mejorar las condiciones en este sector vulnerable.

En el área de investigación se espera que el presente estudio sea una referencia o punto de partida para la realización de futuros estudios longitudinales en el seguimiento de pacientes durante su tratamiento al año, 2 años y finalmente a 5 años; así como realización de estudios comparativos entre las diferentes unidades de detección, seguimiento y concentración de pacientes con características similares.

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad, dado que el cáncer cervicouterino no solo afecta el aspecto biológico, sino que también emocional y psicológico, lo que motiva una utilización mayor de los diferentes servicios institucionales, por lo que implementar estrategias y nuevos programas para un manejo interdisciplinario -área de sexología- para el seguimiento de estas pacientes desde el momento de su diagnóstico pudiendo disminuir la demanda de los otros servicios más disminución de los costos mejorando la administración de recursos institucionales.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de identificar alteraciones en la función sexual en pacientes con cáncer cervicouterino que acuden a la consulta externa del H.G.Z /U.M.F No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Encontrando que la mayoría presentan alteración en la función sexual, esto según lo arrojado por el Índice de función sexual femenino aplicable para nuestro tipo de población.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio de acuerdo a la hipótesis planteada con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que la mayoría de las pacientes con cáncer cervicouterino presentan alteración en algún dominio que comprende la función sexual.

Debido a que las enfermedades neoplásicas tienen alta incidencia a nivel mundial, siendo una de las principales causas de mortalidad de mujeres en edad fértil en países en vías de desarrollo, resulta un desafío para la salud pública. El cáncer cérvico uterino tiene consideraciones particulares por sus repercusiones a nivel sexual, debido a que afecta a la salud integral del individuo, generando problemas en su funcionamiento erótico e impidiendo usualmente el desarrollo de vínculos afectivos satisfactorios en las parejas y una vida erótica plena; además de la trascendencia a nivel físico, emocional, psicológico en el aspecto personal, familiar y/o pareja; durante la evolución natural propia de la enfermedad, el diagnóstico, y el tratamiento médico, quirúrgico único o combinada. Por lo tanto, es indispensable que se realicen capacitaciones de implementación y concientización al personal médico tratante, para abordar estos temas durante las consultas médicas de seguimiento, ya que suelen pasar desapercibidas principalmente en unidades de alta especialidad, donde generalmente la atención se concentra en las múltiples complicaciones que presentan los pacientes al ser derivados desde otras unidades de medicina familiar. Por ello se exhorta que el médico de primer nivel de atención, bajo el contexto y modelo de prevención, en conjunto con otros especialistas que continúan el seguimiento de estas pacientes tengan instrumentos necesarios para la detección oportuna de pacientes que tengan alteraciones en su función sexual y recibir apoyo inmediato realizando la derivación a los servicios complementarios no aminorando la dimensión e impacto que esto proyecta en cuanto a la calidad de vida, generalmente muchas de ellas son jóvenes, con un pronóstico de supervivencia excelente, pero con una calidad de vida muy afectada. La valoración pre y pos- tratamiento es esencial para detectar posibles factores de riesgo, y para informar a la paciente de las comorbilidades asociadas a las terapias pues se ha encontrado una asociación importante entre estas alteraciones y precipitación de episodios de ansiedad.

En lo que respecta a nuestro estudio se considera que los resultados obtenidos son importantes ya que nos permiten tener un panorama actual de la frecuencia de mujeres con cáncer cervicouterino con alteración de la función sexual, así como identificación de otros factores relacionados esto con la finalidad de crear estrategias de prevención, tratamiento y seguimiento; es por ello que debemos fortalecer en cada consulta nuestra relación médico paciente, con la finalidad de mejorar la calidad de atención, fortaleciendo una mejor confianza y mayor grado de sensibilización entre paciente-médico para un conocimiento integral de sus afecciones, biológicas, emocionales y sexuales.

Considerando que las repercusiones físicas, emocionales y sexuales del cáncer cervicouterino pueden ser prevenibles, los proveedores de salud deben hacer énfasis en la prevención, por lo que en este caso, la citología cervical es el método de elección para la detección oportuna de esta neoplasia. Dado que el perfil de riesgo es la mujer con edad de 25 a 64 años, se exhorta a la identificación de pacientes con factores de riesgo a su realización (pacientes con actividad sexual o antecedente de vida sexual, sin realización de estudios citológicos previos o presencia de cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente) para lograr mayor cobertura, contribuyendo, por una parte, a la reducción de los costos en cuanto a insumos, personal, infraestructura, medicamentos antineoplásicos para su tratamientos así como la demanda de servicios asociados y en segundo lugar incidiendo en las tasas de ansiedad y depresión por los efectos secundarios del tratamiento y de la propia enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castelo- F.B, Redondo S.A, Gómez R.C. y Cruz C.P. Cáncer de cérvix y endometrio. *Medicine*. 2013; 11(27):1649-58.
2. Hernández D.M, Apresa T. Patlán R.M. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(2):154-161.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, y cols. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2014; 136 (5): 359–386.
4. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2015, Boletín de Información Estadística, Núm. 34, Vol. III.
5. Instituto Nacional de Información, Geografía y Estadística 2015. Mohar-B.A. Reynoso-N.N. Armas-T.D. Gutiérrez-D.C. Torres-D.JA Tendencias del cáncer en México: datos esenciales para la creación y el seguimiento de las políticas públicas. *J Glob Oncol*. 2017;3 (6): 740-748.
6. Estadísticas de mortalidad. Base de Datos. CONAPO (2016). Proyecciones de la Población 2010-2050. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
7. Chavarro V.N. Arroyo H. G, Felipe A.L. Muruchi G. GW. Cancer cervicouterino, *Anales de radiología México* 2009; (1): 61-79.
8. Peirson L., Fitzpatrick L.D, Warren R. Detección de cáncer de cuello uterino: una revisión sistemática y metaanálisis. *Syst Rev* 2013; (2):35-40.
9. Tavassoli F.A, Devilee P. y cols. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of the Breast and Female Genital Organs. IARC Press. 2003; 64(11):18-24.
10. Hernández D.M, Apresa T. Patlán R.M. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(2):154-161.
11. Jaisamrarn U., Garland S.M, Naud P., Palmroth J, et al. Historia natural de la progresión de la infección por VPH a la lesión o aclaramiento cervical: análisis del brazo de control del estudio grande y aleatorizado PATRICIA. *Más uno*. 2013; 8(12):10-20.
12. Peralta-Rodríguez R , Romero-Morelos P, Villegas-Ruiz V , Mendoza-Rodríguez M , Taniguchi-Ponciano K , González-Yebra B , Marrero-Rodríguez D , Salcedo M. Prevalencia de virus del papiloma humano en el epitelio cervical de mujeres mexicanas: metaanálisis. 2012;7 (1): 34-39.

13. Castillo P.E, Stoler MH, Wright TJ, Sharma A. El rendimiento de las pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH) carcinógeno y el genotipo HPV16 o HPV18 para el cribado del cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 años o más: un subanálisis del estudio ATHENA. *Lancet Oncol.* 2011; 12(9):880-90.
14. Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, Gibbons L, Picconi MA: Prevalencia de VPH de tipo específico en el cáncer de cuello uterino y lesiones de alto grado en América Latina y el Caribe: revisión sistemática y meta-análisis. *Más uno.* 2011; 16(10): 210-219.
15. Roset B. E., Paavonen J. et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities young adult women enrolled in the multinational PATRICIA. *Gynecol Oncol* 2012; 127: 440–450.
16. Castle P.E, Glass A G., Clinical human papillomavirus detection forecasts cervical cancer risk in women over 18 years of follow-up. *J. Clin Oncol.* 2012; 30 (25):304-350.
17. Saslow D, Solomon D. et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol.* 2012; 137(4):516-542.
18. Bermudez A., Bhatla N, Leung E., Cancer of the cervix uterin. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2015; 131(1):88–95.
19. Álvarez C. Castro N.E. y cols. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino *RAR* 2012; 76(2):20-30.
20. Bermudez A., Leung E. Cáncer del cuello uterino *Revista internacional de ginecología y obstetricia* 2015: 131(10):88-95.
21. Jhingran A., Russell A.H. Cancers of the Cervix, Vulva, and Vagina *Clinical Oncology* 2014 12(32):154-157.
22. Bychkovsky B.L; Ferreyra M.E. Cancer cérvico uterino *Medline* 2016:32(12):203-223.
23. Ponka D, Dickinson J. Prueba de detección con la prueba de Papanicolaou. *CMAJ* 2014; 186 (12): 139-144.
24. Bermudez A., Bhatla N., leung E., Cancer of the cervix uterin. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2015; 131(1):88–95.
25. Álvarez C., Castro N. E., Virginillo J.M. et al Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino *RAR* 2012; 76(2):20-30.

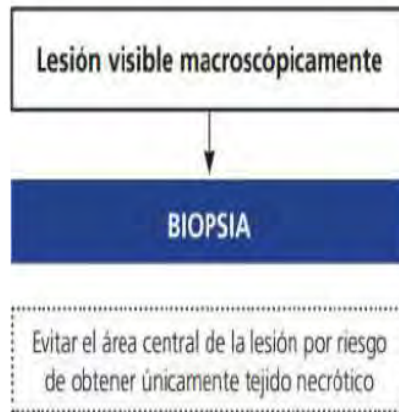
26. Garcia V.E., Melendez E., Fernández, P., Cuesta, M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological* 2012; 5(1):79-87.
27. Bray F. Piñeros M. Patrones, tendencias y proyecciones del cáncer en América Latina y el Caribe: un contexto global *Revista de Salud pública* 2016; 58 (2):32-40.
28. World Health Organization, Department of reproductive health and research. Definition sexual health. *Definition sexual health*. 2006; 6(13):86-93.
29. Organización Panamericana de la Salud. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
30. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 409-10.
31. Alonso A.A., Actualizaciones en sexología clínica. *International Journal of Psychological* 2005. 172(12): 124-132.
32. Ros C., Espuna M. Impacto del tratamiento del cáncer de cérvix sobre la función miccional y sexual. *Actas Uro. Esp.* 2013; 37(1):40-46.
33. Olmeda G.B. Chavelas H.D. Arzate M.C. Alvarado A. S. Desgenitalización, sexualidad y cáncer *GAMO* 2010; 9 (5): 208-213.
34. Dunn K.M, Crift P.R, Hackett G.I. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam. Pract.* 1998; 15 (22):519-24.
35. Nazareth I., Boynton P., King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327(32):409-10.
36. Laumann E.O., Paik A., Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*.1999; 281(33):537- 544.
37. Ros C. Espuna M. Impacto del tratamiento del cáncer de cérvix sobre la función miccional y sexual *Actas Urol. Esp.* 2013; 37(1):40-46.
38. Ros C. Espuna M. Impacto del tratamiento del cáncer de cérvix sobre la función miccional y sexual *Actas Urol Esp.* 2013; 37(1):40-46.
39. Miller K.D, Siegel R.L, Lin C., et al. Estadísticas de tratamiento y supervivencia del cáncer. *Cancer J Clin* 2016; 66(12): 271-284.
40. Laumann E.O, Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537- 44.

41. Maser J.D. Patterson T. Espectro y nosología: implicaciones para el DSM-V. *Psychiatr Clin North.* 2002; 25(4): 855-85.
42. Cabello S. F. Cabello G. F. cols. Revisión de las clasificaciones sobre los trastornos sexuales. *Revista Internacional de Andrología* 2009; 7(3):161-171.
43. WOrld Healt Organitation, Departament of reproductive heakth and research. Definition sexual health. *Definition sexual health.* 2006; 6(13):86-93.
44. Ros C. Espuna M. Impacto del tratamiento del cáncer de cérvix sobre la función miccional y sexual. *Actas Urol Esp.* 2013; 37(1):40-46.
45. Alvarado F. y col Sexualidad en el paciente con cancer cérvico uterino Instituto Nacional de Cancerología de México, 2010; 236(376):128-138.
46. DSM IV Olmeda G.B. Chavelas H.D. Arzate M.C.E, Alvarado A. S. Desgenitalización, sexualidad y cáncer GAMO 2010; 9(5): 208-213.
47. Laumam E.O, Paik A, Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281:537- 44.
48. Bergmark K., Avall L.E. Cambios vaginales y sexualidad en mujeres con antecedentes de cáncer de cuello uterino. *N Engl J Med*, 2009;340(18): 138-142.
49. Donovan K.A. Salud sexual en mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino: características y correlato. *Revista de ginecología y oncología.* 2007; 433(16):120-129
50. Vistad I., Fossa S. D, Dahl A.A. Una revisión crítica de los estudios de calidad de vida de los pacientes calificados de sobrevivientes a largo plazo de cáncer de cuello uterino. *Ginecología y oncología* 2006; 102 (3): 563-570.
51. Sánchez F., Pérez M. Conchillo J.J. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer Atención Primaria 2004; 34(6):286-294.
52. Sidi H., Abdullah N., Puteh SEW, y Midin M. El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI): validación. *J Sex Med* 2007; 4: pp. 1642-1654.
53. Rosen R.C, Brown C., Heiman J. y cols. El Índice de función sexual femenina: un instrumento de autoinforme multidimensional para la evaluación de la función sexual femenina. *J Sex Marital* 2000; 26(22):191-208.
54. Wiegel M., Meston C., y Rosen R. El Índice de Función Sexual Femenina: validación cruzada y desarrollo de puntuaciones clínicas de corte. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31:1-20.

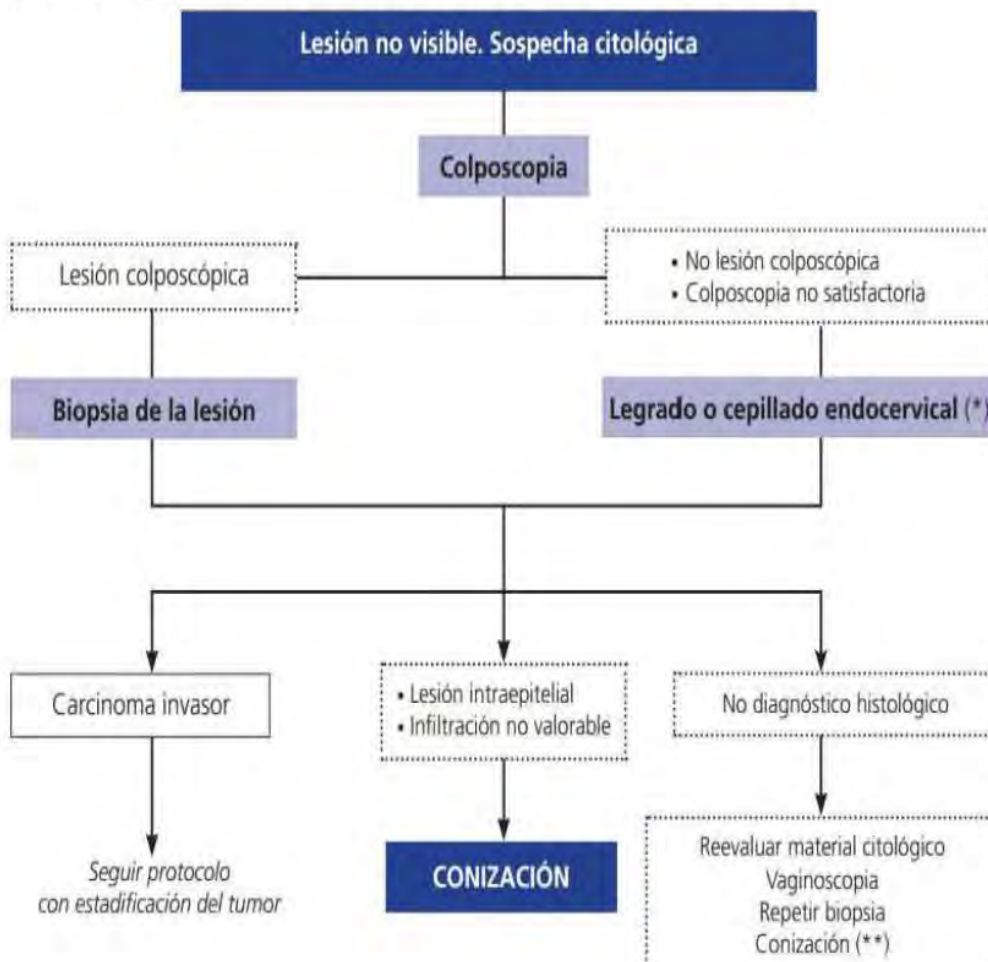
ANEXOS

ANEXO 1.

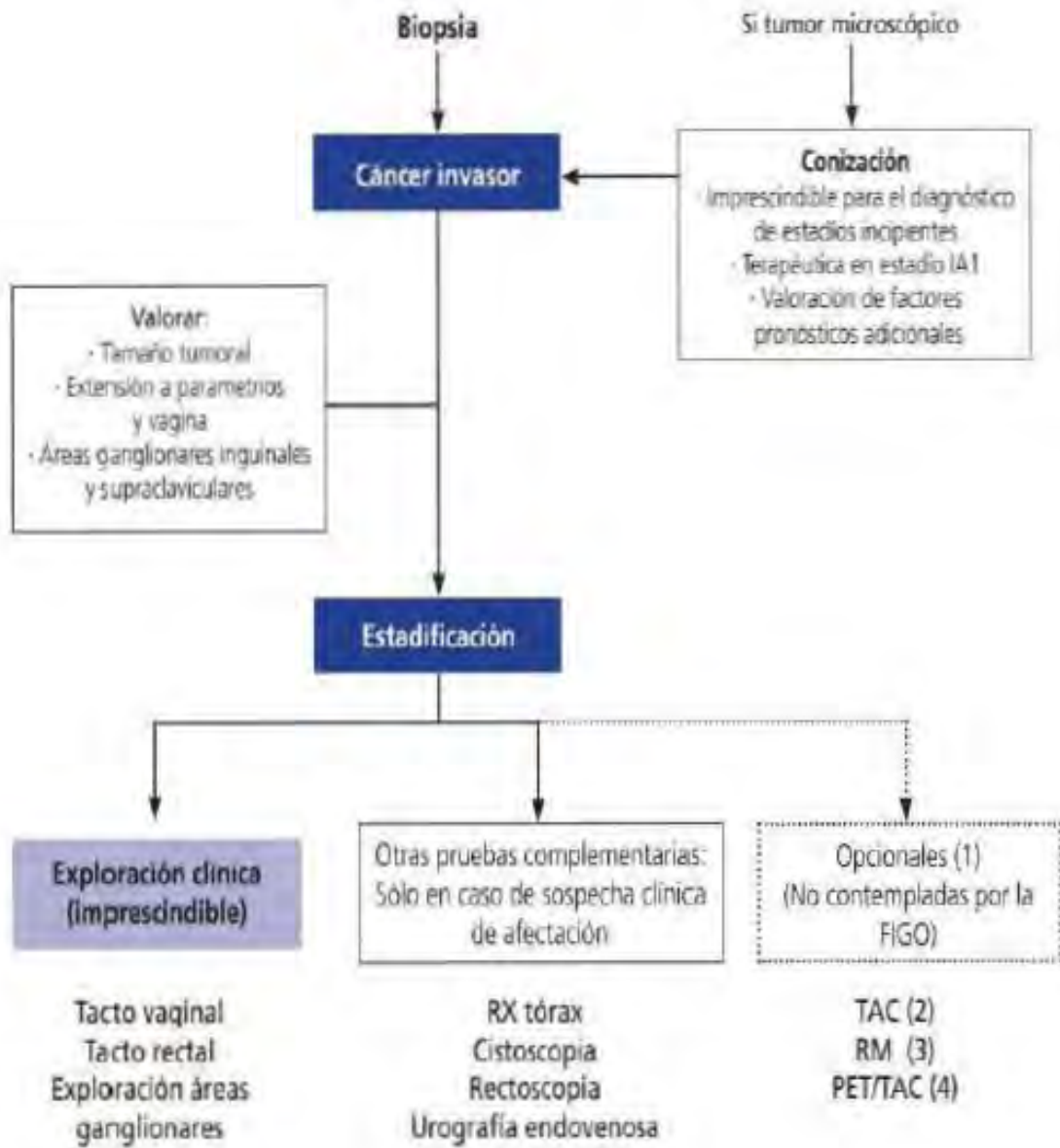
Algoritmo diagnóstico de lesión visible macroscópicamente



Algoritmo diagnóstico de lesión no visible macroscópicamente



ANEXO 2



ANEXO 3.

Cervix uteri TNM staging AJCC UICC 2017

The definitions of the T categories correspond to the stages accepted by the Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Both systems are included for comparison.

Primary tumor (T)

T category	FIGO stage	T criteria
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
T1	I	Cervical carcinoma confined to the uterus (extension to corpus should be disregarded)
T1a	IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. Stromal invasion with a maximum depth of 5.0 mm measured from the base of the epithelium and a horizontal spread of 7.0 mm or less. Vascular space involvement, venous or lymphatic, does not affect classification.
T1a1	IA1	Measured stromal invasion of 3.0 mm or less in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread
T1a2	IA2	Measured stromal invasion of more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm, with a horizontal spread of 7.0 mm or less
T1b	IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than T1a/IA2. Includes all macroscopically visible lesions, even those with superficial invasion.
T1b1	IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T1b2	IB2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
T2	II	Cervical carcinoma invading beyond the uterus but not to the pelvic wall or to lower third of the vagina
T2a	IIA	Tumor without parametrial invasion
T2a1	IIA1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T2a2	IIA2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
T2b	IIB	Tumor with parametrial invasion
T3	III	Tumor extending to the pelvic sidewall* and/or involving the lower third of the vagina and/or causing hydronephrosis or nonfunctioning kidney
T3a	IIIA	Tumor involving the lower third of the vagina but not extending to the pelvic wall
T3b	IIIB	Tumor extending to the pelvic wall and/or causing hydronephrosis or nonfunctioning kidney
T4	IVA	Tumor invading the mucosa of the bladder or rectum and/or extending beyond the true pelvis (bullous edema is not sufficient to classify a tumor as T4)

* The pelvic sidewall is defined as the muscle, fascia, neurovascular structures, and skeletal portions of the bony pelvis. On rectal examination, there is no cancer-free space between the tumor and pelvic sidewall.

Regional lymph nodes (N)

N category	FIGO stage	N criteria
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N0(i+)		Isolated tumor cells in regional lymph node(s) no greater than 0.2 mm
N1		Regional lymph node metastasis

Distant metastasis (M)

M category	FIGO stage	M criteria
M0		No distant metastasis
M1	IVB	Distant metastasis (including peritoneal spread or involvement of the supradavicular, mediastinal, or distant lymph nodes; lung; liver; or bone)

Prognostic stage groups

When T is...	And N is...	And M is...	Then the stage group is...
T1	Any N	M0	I
T1a	Any N	M0	IA
T1a1	Any N	M0	IA1
T1a2	Any N	M0	IA2
T1b	Any N	M0	IB
T1b1	Any N	M0	IB1
T1b2	Any N	M0	IB2
T2	Any N	M0	II
T2a	Any N	M0	IIA
T2a1	Any N	M0	IIA1
T2a2	Any N	M0	IIA2
T2b	Any N	M0	IIB
T3	Any N	M0	III
T3a	Any N	M0	IIIA
T3b	Any N	M0	IIIB
T4	Any N	M0	IVA
Any T	Any N	M1	IVB

Used with permission of the American College of Surgeons, Chicago, Illinois. The original source for this information is the AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) published by Springer International Publishing.

ANEXO 4

Types of hysterectomy

Subtotal/supracervical
Subtotal/supracervical hysterectomy. The uterus is removed. The superior portion of the cervix is amputated, the remainder of the cervix is conserved. Intrafascial hysterectomy is a subtype of subtotal hysterectomy in which the uterosacral ligaments are conserved. ^[1]
Piver-Rutledge-Smith Classification^[2]
Class I
Extrafascial hysterectomy. The fascia of the cervix and lower uterine segment, which is rich in lymphatics, is removed with the uterus.
Class II
Modified radical hysterectomy. The uterine artery is ligated where it crosses over the ureter and the uterosacral and cardinal ligaments are divided midway towards their attachment to the sacrum and pelvic sidewall, respectively. The upper one-third of the vagina is resected.
Class III
Radical hysterectomy. The uterine artery is ligated at its origin from the superior vesical or internal iliac artery. Uterosacral and cardinal ligaments are resected at their attachments to the sacrum and pelvic sidewall. The upper one-half of the vagina is resected.
Class IV
Radical hysterectomy. The ureter is completely dissected from the vesicouterine ligament, the superior vesical artery is sacrificed, and three-fourths of the vagina is resected.
Class V
Radical hysterectomy. There is additional resection of a portion of the bladder or distal ureter with ureteral reimplantation into the bladder.

References:

1. Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy (German). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1991; 51:996.
2. Piver MS. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44:265.

UpToDate®

ANEXO 5



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

TESIS:

IDENTIFICACION DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2016 – 2017

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
ANALISIS ESTADISTICO								X				
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
VARIABLES										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
RESUMEN											X	
ACEPTACION												X

2017 - 2018

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ANEXO 6

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Nos interesa saber cómo afecta el diagnóstico de su enfermedad y la calidad de sus relaciones sexuales con su pareja, por lo que de manera atenta y respetuosa solicitamos contestar el siguiente cuestionario.

NSS: _____
 EDAD: _____

OCUPACIÓN _____
 ESCOLARIDAD _____

- A.-Tiempo de diagnóstico: _____
 B.-Tipo histológico: _____
 C. -Estadio detectado _____
 D.- Tiene Enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica u otra enfermedad. _____

- 1.-En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?
- Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 2- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
- Muy alto 5 puntos
 - Alto 4 puntos
 - Regular 3 puntos
 - Bajo 2 puntos
 - Muy bajo 1 punto
- 3- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?
- Sin actividad sexual 0 puntos
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 4- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Muy alto 5 puntos
 - Alto 4 puntos
 - Moderado 3 puntos
 - Bajo 2 puntos
 - Muy bajo o nada 1 punto
- 5- En las últimas 4 semanas, que confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Muy alta confianza 5 puntos
 - Alta confianza 4 puntos
 - Moderada confianza 3 puntos
 - Baja confianza 2 puntos
 - Muy baja o sin confianza 1 punto
- 6- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 7- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 8- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - 1 punto
 - 2 puntos
 - 3 puntos
 - 4 puntos

- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

10- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

13- En las últimas 4 semanas, que satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

14- En las últimas 4 semanas, que satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

15- En las últimas 4 semanas, que tan satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

16- En las últimas 4 semanas, que tan satisfecha a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

17- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con qué porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

CORRECCIÓN DEL FSFI

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO	FACTOR	SCORE MINIMO	SCORE MAXIMO
DESEO	1,2	1-5	0.6	1,2	6
EXCITACIÓN	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6
LUBRICACION	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6
ORGASMO	11,12,13	0-5	0.4	0	6
SATISFACCION	14,15,16	0(O 1)-5	0.4	0	6
DOLOR	17,18,19	0-5	0.4	0	6
RANG TOTAL DE LA ESCALA				2	36

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

ANEXO 7

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. Fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. Apartado A fracción I, 8º. Fracción V y 9º. Fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de noviembre de 2009, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 5 de enero de 2010 fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS
CRITERIOS PARA LA EJECUCION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION
PARA LA SALUD EN SERES HUMANOS**

PREFACIO

En la elaboración de esta norma participaron:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta
Especialidad

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Instituto Nacional de Rehabilitación

Instituto Nacional de Medicina Genómica

Instituto Nacional de Salud Pública

Hospital General de México

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Hospital Infantil de México Federico Gómez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	IDENTIFICACION DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE SU TRATAMIENTO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, México, de junio del 2017 a septiembre del 2017
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Al conocer el impacto que genera el diagnóstico de cáncer cervicouterino sobre la sexualidad de las pacientes podemos confirmar que debemos actuar de manera más enérgica en el seguimiento y no descuidar dichos aspectos al a bordar de un paciente oncológico.
Procedimientos:	
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el grado de estrés por diabetes y su impacto en el control de los diabéticos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con CaCU
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia. Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Matricula 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.
Colaboradores:	Gilberto Espinoza Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF#8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF#8 Matricula 99374232, Tel. 55506422 ext. 28235 Cel: 5535143649.No Fax. Ismael Fernández Hernández Especialista en ginecología y obstetricia. Matricula. 99342190 Correo: Herndzysma@yahoo.com , Celular 5539634065 No Fax Esmeralda Morales Santiago Residente de segundo año de medicina familiar. Matricula: 97370291 Correo: esme_san_91@hotmail.com Cel.2464934605 No Fax
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Esmeralda Morales Santiago

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013