



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61 NAUCALPAN.

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 61”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

SÁNCHEZ CEDILLO ALEJANDRA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

NÚMERO DE REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2020-1503-046

NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

2022



ASESORA DRA WENDY BLANCO TREJO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 61”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRA SÁNCHEZ CEDILLO

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

DRA. IRENE PADRÓN MARTÍNEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61

DRA. WENDY BLANCO TREJO

ASESOR DE TESIS Y MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS Y MEDICO FAMILIAR ADSCRITO
A UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61

DR. VICTOR MANUEL CAMARILLO NAVA

ASESOR DE TESIS COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN LA CIUDAD
DE MÉXICO NORTE

DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 61

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL ÓRGANO DE
OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL ESTADO
DE MÉXICO PONIENTE

DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DEL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 61”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRA SÁNCHEZ CEDILLO

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ SÁNCHEZ

JEFE DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61 "NAUCALPAN" COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD CURSODE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

DICTAMEN DE APROBACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503.
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA** 15 CEI 002 2017033

FECHA Lunes, 26 de octubre de 2020

Dra. wendy blanco trejo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 61** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2020-1503-046

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GERARDO VARGAS SANCHEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

[Imprimir](#)

IMSS

Dedicatoria.

Lo dedico a los que abandoné por seguir metas, pero sé que están en un lugar y mejor camino.

Gracias, madre por tu paciencia y ejemplo.

Gracias Valeria por tu hermandad.

Gracias Familia Sánchez porque me impulsaron a ser mejor persona y a cada de uno de ustedes por forjar algo positivo en mí. Siempre llevaremos en nuestro corazón a Eli, QDEP.

Gracias a Fernando que está en esta etapa. Si un día no llegamos a estar juntos recordaré lo bonito y bello que es amar y apoyar a una pareja.

Gracias a la doctora Elizabeth López Rojas por todo el apoyo que me ha brindado y la dicha de haberme enseñado el amar la medicina familiar, mis mejores recuerdos de cómo ser un gran medico comenzaron en la UMF 16. Siempre llevaremos en nuestro recuerdo y homenajearlo en la buena práctica médica al Doctor Vélez QDEP, que también me inspira a seguir.

Gracias por el apoyo del Doctor Víctor Camarillo Nava porque este trabajo sin él no sería. Sin su guía jamás le hubiera encontrado sentido a mi investigación

ÍNDICE

RESUMEN	7
MARCO TEORICO	9
DEFINICIONES	9
EPIDEMIOLOGÍA	10
NOM PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO	11
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	12
FISIOPATOLOÍA	13
CLASIFICACION DE CANCER CERVICOUTERINO	15
CALIDAD DE VIDA	15
INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA	17
CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30	18
CANCER CERVICO UTERINO Y CALIDAD DE VIDA	20
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
OBJETIVOS	24
HIPÓTESIS	25
MATERIAL Y METODOS	26
GRUPO DE ESTUDIO	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
VARIABLES	29
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	31
ANALISIS DE DATOS	32
ASPECTOS ETICOS	33
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	36
RESULTADOS	37
DISCUCIÓN	46
CONCLUSIÓN	48
CRÓNOGRAMA	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
ANEXOS	53

Calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la Unidad De Medicina Familiar 61

Blanco TW¹, Camarillo NVM², Sánchez CA.³

Introducción: La calidad de vida en estadios avanzados del cáncer cervicouterino se agrava conforme avanza el estadio clínico de la enfermedad y consecuentemente atrae problemas en el entorno familiar, no solo a la paciente. Sin embargo, en estadios iniciales es posible detectar cambios en la calidad de vida y ofrecer a las pacientes atención e incluso a la familia, contribuyendo así a la salud de la familia. **Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de vida más frecuente en pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar 61. **Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional, encuesta trasversal en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en cualquier estadio clínico, de 20 a 60 años de edad que acudan a los diferentes servicios de la UMF 61 y que aceptaron participar en el estudio. Se utilizó estadística descriptiva, inferencial y se determinó riesgo mediante Odds Ratio y modelos multivariados. En todos los casos se utilizó un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se usó el paquete estadístico IBM SPSS V. 24 para el análisis de resultados. **Resultados.** Se encontró una frecuencia de “Mala calidad de vida” en el 32% de las pacientes encuestadas (45 participantes). 60% de las pacientes con algún grado de displasia presentaron mala calidad de vida (42 participantes) frente al 4.3% de las mujeres sanas (3 participantes), $X^2 49.8$ ($p=0.000$). Se observó asociación con r de Pearson de 0.596 entre la calidad de vida y el nivel de displasia o cáncer. **Conclusión:** entre mayor sea el grado de avance en el diagnóstico de displasia o cáncer cervicouterino peor será la calidad de vida. Y esta no se asocia a variables sociodemográficas estudiadas como la edad, el estado civil o la escolaridad.

Palabras clave: Calidad de vida, Cáncer cervicouterino, EORTC QLQ-C30

1- Médico familiar UMF 61.

2- Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud de la Delegación Norte IMSS

3- Residente 2º año en Medicina familiar UMF 61. IMSS

Quality of life in patients with cervical cancer in the Family Medicine Unit 61

Blanco TW¹, Camarillo NVM², Sánchez CA.³

Summary

Introduction: The quality of life in advanced stages of cervical cancer worsens as the clinical stage of the disease progresses and consequently it attracts problems in the family environment, not only in the patient. However, in the initial stages it is possible to detect changes in the quality of life and offer care to patients and even to the family, thus contributing to the health of the family. **Objective:** To determine the most frequent level of quality of life in patients with Cervical Cancer in the Family Medicine Unit 61. **Material and methods:** Descriptive observational study, cross-sectional survey in patients diagnosed with cervical cancer in any clinical stage, from 20 to 60 years of age who attend the different services of the UMF 61 and who agreed to participate in the study. Descriptive and inferential statistics were used and risk was determined using Odds Ratio and multivariate models. In all cases a value of $p < 0.05$ was used as statistically significant. The statistical package IBM SPSS V. 24 was used for the analysis of results. **Results:** A frequency of "Poor quality of life" was found in 32% of the surveyed patients (45 participants). 60% of the patients with some degree of dysplasia had a poor quality of life (42 participants) compared to 4.3% of healthy women (3 participants), $\chi^2 49.8$ ($p = 0.000$). An association with a Pearson r of 0.596 was observed between quality of life and the level of dysplasia or cancer. **Conclusion:** the greater the degree of progress in the diagnosis of cervical dysplasia or cancer, the worse the quality of life will be. And this is not associated with the sociodemographic variables studied such as age, marital status or education.

Keywords: Quality of life, Cervical cancer, EORTC QLQ-C30

Group Experience:

1- Medical specialist in Family Medicine UMF 61.IMSS

2- Medical Assistant Coordinator for Health Research of the IMSS North Delegation

3- Resident 2nd year in Family Medicine UMF 61. IMSS

MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES.

El cáncer cervicouterino, es una de las consecuencias de la infección por virus del papiloma humano (VPH); siendo la principal causa la transmisión sexual; la alta incidencia de infección por este virus está asociada al inicio precoz de la actividad sexual. La generación de lesiones precancerosas y al cáncer invasivo puede llevar un variado número de años; la incubación del virus es de 3 a 4 meses. Las relaciones sexuales tempranas, la promiscuidad en ambos géneros, multiparidad, el parto en edades tempranas, la depresión del sistema inmunológico, el uso prolongado de anticonceptivos y la mala nutrición, aumentan la probabilidad de desarrollar una infección de VPH. Pudiendo evolucionar a cáncer del cuello uterino que es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. 1,2

Como antecedente histórico; Papanicolaou de origen Griego que en 1912, llegó a Nueva York, donde se desempeñó como científico. En 1914 fue transferido a la Universidad de Columbia realizó estudios en cobayos para demostrar la celularidad y la existencia de diversos patrones citológicos en los fluidos vaginales de estos animales. Donde sospechó, que podría haber cambios celulares en las mujeres, realizó el primer examen de citología exfoliativa en humanos y teñida con la coloración que hasta el día de hoy lleva su nombre. En 1920 comenzó un trabajo con flujo vaginal humano y en 1923 pudo aislar células. En 1939 comenzó un trabajo que incluía un frotis vaginal a todas las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología, descubriendo un considerable número de casos de tumores uterinos asintomáticos. La Cornell University inauguró el primer curso de citología exfoliativa en 1947 y el laboratorio de Papanicolaou se transformó en un centro de referencia para el mundo. 1

EPIDEMIOLOGIA

El CACU (cáncer cervicouterino) es el segundo cáncer más frecuente mundial que se presenta en la población femenina, presentándose más en los países en vías de desarrollo. De acuerdo con estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2008, la tasa estandarizada a nivel mundial es de 15.2 x 100 mil mujeres. Las muertes por CACU ocupan el tercer lugar de la mortalidad por cáncer en la mujer en el mundo, con un total de 31 712 defunciones, lo cual representa el 8.22 % de las muertes ocurridas por neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad estandarizada de 7.8 x 100 mil mujeres. 2

En México, de acuerdo con la OMS (2008), la frecuencia de casos nuevos de CACU fue de 10 186, lo cual representa una tasa estandarizada a nivel mundial de 19.2 x 100 mil mujeres; esto implica un riesgo acumulado de 1.94 x 100 mujeres. 2

De acuerdo con información más actual, en México, en 2010 se reportaron 3 959 muertes por cáncer cervicouterino. ENSANUT 2012 indica que la prevalencia del uso de la prueba de Papanicolaou aumentó en forma gradual y sostenida, de 33.3% en 2000 a 49.1% en 2012. 3

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se implementó un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en 1973, la tasa observada en 2002 fue de 14.1 por 100,000 mujeres; tras la reestructuración y consolidación del programa, la tasa de mortalidad de esta enfermedad se redujo a 8,9 por cada 100.000 mujeres en 2005. 4

A pesar de la reducción de las tasas de incidencia de la enfermedad, los valores aún son alarmantes siendo una enfermedad prevenible. La citología cervical ha demostrado tener éxito en la reducción de la incidencia de CACU; pero a pesar de esto, se estima que el 50% de las mujeres diagnosticadas que nunca se habían realizado una prueba citológica, y de las que se habían realizado una citología, el 10% no se había realizado en los últimos cinco años. Esto demuestra que la ausencia de detección es un factor de riesgo número uno para detección temprana. 4

Se estima que una implementación de detección temprana para el cáncer cervical podría prevenir entre el 20 y el 60% de las muertes. En México, el programa actual de detección temprana, basado en la citología cervical, previene menos del 13% de las muertes por cáncer cervical prevenibles. Es importante tener en cuenta que incluso con los estándares de calidad apropiados, la citología convencional tiene una sensibilidad relativamente baja (53%), por lo que el éxito de la prueba radica en su repetición constante y en el seguimiento de las pacientes. 4

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

En 1994, México estableció la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino, se establece que la citología de Papanicolaou es el procedimiento de elección para la detección temprana. El Programa Nacional para la Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en México se ofrece anualmente a mujeres con edad de 18 años con una frecuencia anual o al comenzar la vida sexual, independientemente de la edad. Esta recomendación se basó en que la prueba de Papanicolaou tiene una sensibilidad entre 50 y 60 %, por lo que las repeticiones permitirían encontrar algún trastorno que no se hubiese detectado con anterioridad. Siendo rara esta prueba antes de los 20 años de edad y que su incidencia no tiene un incremento significativo a partir de los 30 años. 5

La mayoría de los cánceres identificados en las determinaciones periódicas se encuentra en etapa temprana, por lo que el tratamiento resulta curativo y la mortalidad suele ser mínima, de ahí que los estudios de detección deben iniciarse a los 21 años, si bien deben comenzarse antes en las jóvenes inmunocomprometidas. Después de los 30 años de edad, la búsqueda en las mujeres sanas se puede hacer cada tres años. En las mujeres entre los 21 y 30 años de edad es conveniente obtener al menos dos determinaciones normales para poder aumentar el intervalo de los estudios. Se ha establecido que la edad

para detener el seguimiento es a los 65 años de edad si durante la última década los resultados de la prueba de Papanicolaou han sido normales. 6

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

El Virus papiloma humano (VPH) es una partícula química de ADN de doble cadena sin envoltura y pertenece a la familia Papovaviridae. VPH tiene una predilección para la diferenciación de epitelio escamoso, donde infecta y transforma células huésped. Aberraciones celulares relacionadas con el VPH en las mujeres se concentran en la región escamocolumnar del ectocérvix, haciendo de este lugar ideal para el muestreo de diagnóstico. 7

Existen más de 115 genotipos diferentes de VPH. La infección con ciertos genotipos del virus del papiloma humano representa el factor de riesgo relacionado con el cáncer cervicouterino. Solamente, se ha reportado que aproximadamente 40 infectan el tracto ano-genital y solo los tipos de VPH-16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58 y -59 han sido clasificados como carcinogénicos tipo 1, debido a la prevalencia y a los tipos virales encontrados en epitelio del cérvix normal y con cáncer. En México los genotipos de VPH-16, -18 y -45 fueron los más frecuentemente encontrados, seguidos por el VPH-52, -58 y -39. Es relevante mencionar que este genotipo viral no solamente se ha reportado prevalente en CACU, sino también en lesiones de bajo y alto grado, así como en muestras de pacientes sin lesión cervical. El VPH-16 es el tipo de mayor prevalencia y riesgo en todos los grupos de diagnóstico, hallazgo que ha sido también reportado por un gran número de autores a nivel mundial, así como en México. 4

Las mujeres sexualmente activas tienen un alto porcentaje de desarrollar la infección por VPH. El 90% de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas en meses a pocos años y no dejan secuelas, aunque en algunos los informes citológicos a los 2 años siguientes de ocurrida la infección pueden mostrar una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. En promedio, sólo el 5% de las infecciones por VPH resultará en el desarrollo de lesiones grado de bajo grado dentro de los 3 años de la infección. Sólo el 20% de las

lesiones de alto grado progresan a cáncer cervical invasivo dentro de los 5 años, y sólo el 40% de las lesiones de alto grado progresan a cáncer cervical invasivo con 30 años. 8

Se han involucrado otros factores en el proceso de carcinogénesis, porque sólo una pequeña proporción de las infecciones por VPH progresa al cáncer. Por ejemplo, la susceptibilidad genética es menor del 1% de los cánceres cervicales. Las mujeres con un pariente biológico en primer grado con CA tienen un riesgo relativo de 2 veces de desarrollar un tumor. 8,5

FISIOPATOLOGÍA CÁNCER CERVICOUTERINO.

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior que están compuestos por epitelio columnar secretor. La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso. La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior, variando la localización a lo largo de la vida de la mujer. La unión escamocolumnar original es una zona de transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada metaplasia. Cuando la metaplasia ocurre, existe siempre un potencial neoplásico. En las 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. Esta área entre la original y la nueva UEC es referida como la zona de transición. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son más vulnerables a neoplasia. La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC. En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera, en contraste, en pacientes de mayor edad, la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical. 9

La infección de la zona de transformación con HPV de alto riesgo induce verrugas planas cervicales, que normalmente son asintomáticas y regresan espontáneamente de manera

frecuente. Sin embargo, una parte de estas infecciones genera incremento en la población de células displásicas, conocidas como NIC (neoplasia intraepitelial cervical), que pueden culminar en carcinoma in situ pudiendo ser fácilmente tratadas de manera local, pero las lesiones no son tratadas pueden progresar a cáncer invasor para el cual el tratamiento es limitado. La enfermedad invasora ocurre en una minoría de las mujeres infectadas. El tiempo entre la infección inicial y la aparición del cáncer es en promedio 10 años. Entre los determinantes de progresión están la ausencia de programas de detección y la poca accesibilidad a los recursos diagnósticos; aunque otros factores, como el genotipo viral, la persistencia de la infección, probablemente la carga viral, la integración del DNA viral en el genoma celular y periodos de inmunosupresión en el organismo contribuyen a la aparición de la enfermedad. 10

El cáncer cervical evoluciona a partir de lesiones premalignas no invasivas, referidas como NIC o lesiones intraepiteliales escamosas (LIEs). Histológicamente, las alteraciones precancerosas se gradúan de la siguiente forma: NIC I: displasia leve, NIC II: displasia moderada, NIC III: displasia grave y carcinoma in situ. En las extensiones citológicas, las lesiones precancerosas se separan solo en dos grupos: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG): corresponden a NIC 1 o condilomas planos y lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG): corresponden NIC II o III. En función del sitio de origen o de la estirpe celular de la cual se origina, el cáncer de cérvix puede ser de tipo epidermoide o escamoso, mixto o adenoescamoso siendo los más agresivos, así como de otras variedades menos frecuentes, como el de células pequeñas. 10

CLASIFICACIONES DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Dentro de la clasificación la Organización Mundial de la Salud (OMS) divide los carcinomas cervicouterinos en tres grupos principales: carcinomas epidermoides (80-90%), adenocarcinomas y otros tumores (10-20%). 11

La International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), es el más aceptado en el mundo. Se han realizado cambios graduales con el objetivo de mejorar la validez del sistema de estadificación. Dentro del pronóstico de CACU, en esta clasificación, está determinado por el tamaño tumoral, extensión de la invasión miocervical, invasión parametrial, extensión de la pared pelviana, afectación de los ganglios linfáticos y presencia de metástasis a distancia. Cuenta con una estadificación quirúrgica es más cuantitativa y una estadificación clínica es menos exacta. Los estudios de imagen se usan para definir con exactitud la extensión de la enfermedad. La TAC puede detectar ganglios linfáticos patológicos, mientras que la RM puede determinar tamaño tumoral, profundidad de invasión al estroma, extensión vaginal y extensión al cuerpo uterino con gran exactitud. Aparte de lo impreciso que es la estadificación clínica no incluye la evaluación de metástasis a ganglios linfáticos, que es un importante factor pronóstico y determinante para la planeación del tratamiento; proporciona poca información acerca de afección de espacios, un factor que se contempla para factibilidad de una histerectomía radical, existe dificultad en la estimación del tamaño real del tumor, especialmente en tumores endocervicales; no determina la extensión a cuerpo o cavidad uterina. El comité de la FIGO decidió que la estadificación clínica debe continuar, pero el estado ganglionar durante la estadificación no se realiza ya que no se emplea en todas partes, especialmente en países de bajos recursos. 12

CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida junto con el desarrollo de la ciencia y la intervención social se ha correlacionado con tal importancia. Como tal un significado unánime no lo hay, todo dependiendo de la disciplina en la que se vea. Respecto a la psicología se entiende como

bienestar personal, considerando aspectos relativos al logro del placer o crecimiento personal, es decir sumatoria de la satisfacción personal, pudiendo estar determinada por ingresos familiares, la calidad de la vivienda, disciplina profesional e incluso el optimismo disposiciones, es decir mayor optimismo mayor bienestar. Del mismo modo que la interacción de la vida laboral y familiar influyen recíprocamente. O simplemente si una persona ha tenido un buen día en su empleo se transferirá el bienestar en el hábito del hogar y viceversa. 13

También la calidad de vida lleva correlación con la definición de salud siendo así un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como ausencia de la enfermedad, pudiéndolo definir también como la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La importancia de la medición de la calidad de vida lo podemos ver reflejado en los indicadores de efectividad del tratamiento en un paciente enfermo, siendo un problema porque aún es un campo desconocido, por ello ya existen algunas escalas o instrumentos para evaluar la calidad de vida los cuales deben tener propiedades importantes que nos garantice validez, es decir la veracidad de la prueba y la fiabilidad. 14

Dentro del concepto de calidad de vida hay que tener en cuenta los siguientes elementos, tales como los objetivos: bienestar material, salud, relaciones y comunidad, y los subjetivos: intimidad, expresión emocional, seguridad y productividad personal.

Además de como un paciente enfrenta su enfermedad con respecto a su autocuidado, ya sea apoyado en el mismo o su entorno, considerando todas sus incertidumbres y poder afrontar la enfermedad, siempre acompañado del compromiso que tiene en su entorno y en ayuda de sus creencias particulares o culturales. 15

INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA.

Los instrumentos desarrollados son de vital importancia para medir tanto el impacto de la enfermedad como el impacto de los tratamientos en el estado de salud del individuo, dando así el concepto de calidad de vida relacionada con la salud. La realización para la evaluación de calidad de vida relacionada a la salud debe ser centrada en la opinión del paciente y que requiere de un instrumento adecuado para su medición confiable. Realmente el concepto de calidad de vida lo define el paciente, dado que el mismo da la opinión que él dé, sobre del grado de sintomatología y experiencia en el padecimiento. Otra característica de calidad de vida es multidimensional y debe incluir en su estudio la función física, el desempeño, aspecto sociales, cognitivos y emocionales, siempre y cuando relacionados a la patología y órgano más afectado y su función que desempeña.

16

Los instrumentos utilizados requieren de una construcción, diseño y una organización del cuestionario y lo más importante de la validación clínica. En el caso de instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer existen al menos 10 instrumentos en diversos contextos clínicos. Uno de los más estudiados es el QLQ-C30, que es un instrumento desarrollado por la Organización Europea para el Estudio y tratamiento del Cáncer (EORTC). Tiene como ventaja de haber sido desarrollado en un contexto multinacional y multicultural y puede ser usado en pacientes con cáncer son importar la estirpe o el sitio de la lesión primaria. Otros instrumentos frecuentemente utilizados es el Funcional Assessment of Cancer Therapy-General (FACITG), diseñado para pacientes con cáncer que cuenta con modelos específicos para ser usado en diferentes neoplasias. Fue desarrollado en Estados Unidos de América, inicialmente en idioma inglés por lo que no fue diseñado en un contexto multicultural o multinacional. También se tiene el instrumento desarrollado por PROMIS, dependiente del National Cancer Institute de Estados Unidos de Norteamérica, incluye el estudio de varias enfermedades incluyendo el cáncer. 16

Lo importante para elegir una escala o cuestionario para medir la calidad de vida es que cumpla validez; es decir este probado y arroje resultados reales, que sea factible; que sea accesible, además debe ser reproducible y poderla ocupar en diferentes circunstancias o población. Otra característica es que sea sensible, específica y correlacionaba, todo esto para facilitar la detección de necesidades y problemas del paciente, además de que contribuye a facilitar la comunicación y la monitorización de los cambios y respuesta a los tratamientos sean identificados con más rapidez. 17

CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30

El cuestionario EORTC QLQ-C30 está disponible en 59 idiomas y se ha utilizado en más de 4000 estudios, incluye 30 ítems que comprende cuatro escalas funcionales: física, funciona emocional, cognitiva y social, además de tres escalas de síntomas de fatiga, náuseas o vómito, seis ítems de síntomas de un solo elemento y una escala que mide el estado global o calidad de vida. De los 30 ítems que contiene, en 25 el marco temporal hace referencia es a 'la semana pasada' y solo la subescala de funcionamiento físico, con sus 5 ítems, no recoge específicamente esta cuestión; sin embargo, la forma en que están hechas las preguntas hace ver que se refieren al momento actual. 18

EORT QLQ-C30 fue lanzado desde 1993, evolucionando hasta la actual versión donde todos los ítems tienen 4 categorías de respuesta: que incluye: nada, un poco, mucho y extremadamente. Este instrumento a diferencia de muchos otros se ha desarrollado desde su inicio a darle un enfoque paralelo y diverso para utilizarlo universalmente. Su traducción se produjo utilizando un riguroso proceso de traducción hacia adelante y hacia atrás, seguido de extensas pruebas piloto y la traducción se adaptó a cada país y cultura. 19

EORTC QLQC30 posee propiedades psicométricas para ser usado en pacientes oncológicos, se avala también su validez intercultural, ya que sus características

psicométricas son similares usando distintos lenguajes y diferentes culturas. Aunado a lo anterior se agrega que es de fácil aplicación al paciente y su comprensión, lo hacen preferible e respecto a otros instrumentos para la medida de la calidad de vida utilizados en la práctica clínica. 16

Para medir la fiabilidad con la estrategia de consistencia interna (coeficiente α de Cronbach) se dispone de una amplia bibliografía que analiza esta propiedad psicométrica de la escala, mostrando generalmente unos valores de fiabilidad que varían según las escalas y que oscilan entre 0.54 y 0.86 en el trabajo de Aaronson, entre 0.28 y 0.90 en el de Bjordal y Kaas, entre 0.56 y 0.93 en el de Bjordal, entre 0.31 y 0.83 en de De Boer, entre 0.53 y 0.91 en el de Fossa, entre 0.54 y 0.86 en el de Osoba, y, entre 0.55 y 0.86 en el de Ringdal y Ringdal; todos realizados en la década de los noventa, siendo el valor medio del coeficiente α para las distintas subescalas en estos estudios de: 0.71 para la Función Física; 0.54 para la Función de Rol; 0.80 para la Función Emocional; 0.62 para la Función Cognitiva; 0.71 para la Función Social; 0.85 para la Fatiga; 0.81 para el Dolor; 0.71 para las Náuseas y Vómitos; y, 0.88 para la Calidad de Vida Global. Recordemos que el valor mínimo recomendado para el desarrollo de instrumentos de investigación mediante el procedimiento de consistencia interna requiere valores de fiabilidad mayores de 0,70. 18

En este estudio se utilizará el EORTC QLQC30 versión 3.0. Para su reporte las preguntas se agrupan en función del parámetro que evalúan (p. ej. función social) y la suma es utilizada en fórmulas para obtener un valor del 0 al 100 en todos los parámetros. Una puntuación elevada (>60) obtenida de manera global representa una escasa alteración de las funciones estudiadas y por ende una adecuada calidad de vida. Sin embargo, resultados elevados en las escalas sintomáticas representan sintomatología importante y por tanto un peor nivel funcional. Un puntaje más alto implica un mayor nivel de la respuesta. Una puntuación alta para una escala funcional representa un nivel más alto de función (mayor nivel de salud), una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida. Una calificación más alta en las

escalas de síntomas representa una mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud. 20

En un estudio realizado por Daniel Sat-MuñozMD y cols. Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas reporta el alfa de Cronbach fue >0.65 en las escalas multi-ítem. Los resultados de la EORTC QLQ-C30 fueron: Estado General de Salud/Calidad de vida: 73.47 (± 20.81), Funciones: física: 76.98 (± 20.85), de rol: 76.60 (± 27.57), emocional: 64.53 (± 26.81), cognitiva: 74.47 (± 26.02) y social: 84.96 (± 23.20), fatiga: 31.94 (± 25.45), náusea-vómito 19.49 (± 26.93), dolor 28.95 (± 27.27), disnea 15.29 (± 24.62), insomnio 35.13 (± 32.10), pérdida de apetito 18.04 (± 28.75), constipación 22.02 (± 30.62), diarrea 12.9 (± 24.25) y dificultades económicas 40.57 (± 37.26). 21

Las variables socio-demográficas mostraron impacto en la función de rol, fatiga y dolor donde las mujeres no unidas, que tuvieron mayores puntuaciones en las escalas. Este resultado puede ser reflejo del impacto del estado emocional y las condiciones psicológicas en la calidad de vida en una mujer sin pareja y sin una red social de apoyo. La escolaridad impactó en la escala de pérdida de apetito, con mayor puntaje en mujeres con educación básica y los eventos adversos del tratamiento sistémico, fueron mayores en mujeres con una neoplasia maligna previa a la actual. No se observó asociación entre el proceso de atención y el estado de salud global. 21

CÁNCER CERVICO UTERINO Y CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida de los pacientes con cáncer cervicouterino es indispensable estudiarla para personalizar el tratamiento y brindar una mejor atención. Las sobrevivientes de esta patología, en estudios ya realizados se obtiene que tuvieron problemas clínicamente significativos con el funcionamiento social, estreñimiento, diarrea, linfaedema severo, síntomas menopáusicos, imagen corporal reducida, funcionamiento sexual o vaginal. Los estudios han identificado que la calidad de vida relacionada con la salud ayuda a predecir

la supervivencia y mejor calidad de vida en pacientes con cáncer. Cuando se presenta una enfermedad con alta probabilidad de desenlace fatal, quien la padece y sus familiares comienzan un duelo iniciando un proceso de negación en el enfermo por el estigma ya dado prejuiciosamente a esta enfermedad, de muerte dolor y sufrimiento, acompañado de la negación, ira, negociación, depresión, y al final la muerte. La enfermedad puede percibirse como un peligro potencial de desintegración personal o familiar o como una oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro familiar. 22

Son diversos los motivos que pueden afectar la calidad de vida, ya que las mujeres con cáncer enfrentan cambios en la esfera física y sexual, social y psicológica sobre todo posteriores al tratamiento. Muchas continúan con el temor de la recurrencia del cáncer, las metástasis y la muerte, que se transforman agotadores emocionales presentado aún mayor deterioro. Existen creencias como la extirpación del útero tiene un connotación cultural y social, representando en diferentes culturas la de femineidad, el ser atractiva para el sexo opuesto, de fertilidad en el sentido de cumplir con su rol de procrear, repercusiones profundas en la imagen corporal, la autoestima y pérdida de confianza en satisfacer las expectativas. En relación con el funcionamiento físico, es la que menos afecta a las mujeres, siendo la que menos se prolonga en el tiempo y la que se relaciona directamente con el tipo de tratamiento que reciben. 23

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), ha revelado que los pacientes con cáncer experimentan muchos síntomas que afectan su calidad de vida. El manejo del dolor por cáncer es un tema crítico en la atención de pacientes con cáncer. Todos los profesionales de la salud deben asegurarse de que los pacientes reciban educación y atención oportuna y adecuada. Existe la necesidad de desarrollar medidas para el manejo efectivo de los síntomas y para mejorar la calidad de vida. Los principales problemas son el manejo de los síntomas y la necesidad de utilizar estrategias que permitan a los pacientes tener una mejor sensación de control sobre su enfermedad y tratamiento. 24

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es un problema creciente por la segunda causa de muerte y por relacionarse a desmejorar de manera irreversible la calidad de vida y que aparezcan molestias generales y efectos adversos durante la enfermedad.

Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. Se registraron 3,771 defunciones en mujeres con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres. 25

La enfermedad causa estragos negativos en la calidad de vida, alterando la esfera biopsicosocial y afectiva, siendo relevante el estudio de esta área para determinar la magnitud de la mala calidad de vida que las pacientes conllevan en su enfermedad, siendo un tema de importancia nacional, que se puede utilizar ampliamente así comprendiendo el problema desde una visión integral y ayudaran a proponer estrategias de detección de la mala calidad de vida y atención oportunas para finalmente colaborar en la mejora del estado de salud y con ello la calidad de vida de las pacientes.

Con los resultados se espera conocer la confiabilidad del instrumento y de resultar adecuada y suficiente, se espera utilizarla como medida de tamizaje a fin de detectar a las pacientes con cambios iniciales o francos en la calidad de vida para derivarlas oportunamente y ofrecerles tratamiento multidisciplinario.

Este estudio es factible debido a la alta prevalencia de la patología y la accesibilidad de las pacientes e instrumentos de detección.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino ha sido problema nacional y por las estadísticas es la segunda causa de mortalidad en neoplasias de la mujer, siendo la primera causa el cáncer de mama a nivel nacional, al producir 11 muertes por día afectando a las pacientes de 25 a los 69 años además de afectando a un nivel socioeconómico bajo y diagnosticándolo ya en estadios avanzados.

La calidad de vida en estadios avanzados del CACU se agrava conforme avanza el estadio clínico de la enfermedad y consecuentemente atrae problemas en el entorno familiar, no solo a la paciente. Sin embargo, en estadios iniciales es posible detectar cambios iniciales en la calidad de vida y atenderlos y ofrecer a las pacientes atención y derivación a otros servicios para mejorar su estado y ofrecer redes sociales institucionales que mejoren el estado de la paciente e incluso de la familia.

Lo importante es saber cómo las mujeres viven o sobrellevan dicho problema, identificando cuales son los obstáculos, que impactos negativos perciben, alteraciones psicológicas, física, social, espiritual o sexual incluyendo el tratamiento generando que se agreguen enfermedades como la depresión. Por lo anterior es importante conocer cuáles la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en la UMF 61, para detectarlas oportunamente y derivarlas a los servicios de atención correspondientes con el fin de mejorar el estado de salud de nuestras derechohabientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar 61?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de medicina familiar 61.

Objetivos Específicos

- Determinar la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico de CACU por nivel de estadio clínico.
- Conocer el número de pacientes con diagnóstico de CACU
- Analizar la asociación entre la calidad de vida de los pacientes con cáncer con sus variables sociodemográficas: Edad, estado civil, lugar de residencia, patologías asociadas o concomitantes, estadio clínico.
- Determinar riesgo entre variable dependiente e independientes mediante Odds ratio.
- Determinar asociación entre la calidad de vida y el estadio clínico del CACU mediante rho de Spearman
- Reportar en nivel de confiabilidad del instrumento QLQ-C30 mediante su consistencia interna con alfa de Cronbach.
- Determinar la fuerza de asociación entre las variables independientes con la presencia del desenlace mediante modelos multivariados: Regresión logística múltiple y modelos proporcionales de Cox.

HIPÓTESIS

H1: El nivel de calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino en la UMF 61 es malo

H0: El nivel de calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino en la UMF 61 no es malo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Características del lugar donde se realizó el estudio.

Se realizó en la UMF 61 San Bartolo Naucalpan de Juárez, cuenta con consultorios de medicina familiar, consultorios de enfermera especialista en medicina familiar, consultorios de estomatología, cuenta con servicio atención médica continua, trabajo social, nutrición, salud en el trabajo, servicio de epidemiología, servicio de enseñanza, así como los servicios rayos x y toma de muestras de laboratorio.

La unidad Medico Familiar 61 a 55 años de su fundación, brinda atención a 180 mil derechohabientes de más de 100 colonias de Naucalpan lo que representa el 28% de la población de este municipio. Esta unidad fue inaugurada el 28 de julio de 1963, inició sus actividades como clínica hospital con 23 camas censables, la primera Unidad en su tipo. En 1991 se realiza la estructura formal en 33 consultorios de medicina familiar. En el municipio en la mayoría es zona rural, sin embargo, existen localidades pequeñas integradas a un contexto rural. Las zonas ejidales son importantes reservas de alimento de auto sustento y destinadas a las actividades agropecuarias. Este municipio cuenta con un porcentaje cerca del 3% de personas que hablan el otomí como lengua madre.

Diseño y tipo de estudio.

- Por el control de la maniobra experimental por el investigador: **observacional.**
- Por captación de la información: **retroprolectivo.**
- Por la medición del fenómeno en tiempo: **transversal.**
- Por la presencia de un grupo control: **descriptivo.**
- De acuerdo con la direccionalidad (relación causa-efecto): **Retrospectivo.**
- Tipo de Diseño de estudio: **Diseño de cuestionarios y entrevistas.**

GRUPO DE ESTUDIO.

Características del grupo de estudio: Se realizó un estudio tipo prospectivo en la Unidad de medicina Familiar 61 San Bartolo Naucalpan de Juárez, Estado de México, con previa autorización del Director y previa autorización del Comité de ética.

La población de referencia será solicitada al sistema de información ARIMAC (Área de Información Médica y Archivo Clínico) para buscar la información de los pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino. Se identificó al paciente para corroborar su edad de 20 a 60 años con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, sin importar en la fase de tratamiento, sin que cuenten con algún otro tipo de cáncer, enfermedad inmunológica, alteración en el estado de conciencia o enfermedades crónico-degenerativas descontroladas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de CACU o tumor maligno de cérvix.
- Pacientes que se encuentra recibiendo tratamiento para CACU
- Pacientes que deseen participar en el estudio
- Pacientes mayores a 20 años y hasta 60 años.

Criterios de exclusión:

- Padecer otro tipo de cáncer o enfermedad inmunológica
- Condición deplorable que comprometan el estado neurológico y conlleven a la demencia o desorientación en espacio tiempo y persona.
- Enfermedades psiquiátricas que comprometan el estado de conciencia,
- Enfermedades crónicas degenerativas descontroladas.
- Que no firmen la carta de consentimiento informado.
- Mujeres embarazadas

Criterios de eliminación:

- Aquellas pacientes que decidan abandonar el estudio
- Que no respondan en su totalidad el instrumento.
- Que su cuestionario sea ilegible.

Cálculo de selección de la muestra.

Tamaño de muestra

De acuerdo a la fórmula para cálculo de tamaño de proporciones.

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 * p(1-p)}{\xi^2} (1 - n/N)$$

$$\text{donde } \delta = Z_{\alpha/2} * \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}},$$

Se conoce como “precisión” del muestreo o error de la estimación $(1-n/N)$ es la proporción estimada del parámetro poblacional y $Z_{\alpha/2}$ es el valor del eje de las abscisas de la función normal estándar, en donde se acumula la probabilidad de $(1-\alpha)$. El error absoluto (ξ) se obtiene de una muestra piloto o estudios previos. Si no puede determinarse esta proporción, se tomará a $p= 0.5$, porque este valor garantizará el mayor tamaño de muestra. El nivel de confianza $(1-\alpha) * 100$ que suele utilizarse en estas pruebas por lo general es del 90%, por lo tanto tenemos:

Nivel de confianza: 90%

Tamaño de la población: 20000

Distribución de las respuestas o diferencia que se espera encontrar: 15%

Límite de confianza: 5%

Tamaño de muestra: 137

VARIABLES

Variable: Descriptora

Edad

Definición conceptual de la Variable: Tiempo vivido por una persona expresado en años. 26

Definición Operacional de la variable: Lo obtenido en el instrumento QLQ-C30 versión 3.0

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: 1. 20-30, 2. 31-40, 3. 41-50, 4. 51-60.

Variables Dependientes

Calidad de vida

Definición conceptual de la variable: bienestar personal, considerando aspectos relativos al logro del placer o crecimiento personal. 27

Definición Operacional de la variable: Lo obtenido en la encuesta; bueno, medio y malo.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Buena 1: 80 -100 puntos, Media 2: 60 -79 puntos Mala 3: ≤59 puntos.

Tratamiento

Definición conceptual de la Variable: Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad. 26

Definición Operacional de la variable: lo obtenido en el expediente

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1 con tratamiento oncológico 2 sin tratamiento oncológico

Variables independientes

Ocupación

Definición conceptual de la Variable: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. 26

Definición Operacional de la variable: Lo obtenido en la encuesta

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición: Nominal dicotómica 1 ama de casa 2 empleada

Escolaridad.

Definición conceptual de la Variable:

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. 26

Definición Operacional de la variable: lo obtenido en cuestionario

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: 1 ninguna

2 primaria

3 Secundaria

4 Bachillerato

5 Carrera técnica

6 licenciaturas

7. Posgrado

Tiempo de diagnostico

Definición conceptual de la Variable:

Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte 26

Definición Operacional de la variable: lo obtenido en el expediente

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición: 1 menos de 6 meses

2 6 meses a 12 meses

3 13 meses a 24 meses

4 25 meses a 36 meses

5 Más 37 meses a 48 meses

6 Más de 49 meses

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Previo envío al SIRELCIS y autorización por el CLIES se realizó un estudio observacional, retroproyectivo, transversal y descriptivo. con la finalidad de saber cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de medicina familiar 61, la cual cuenta con atención médica continua, consulta de primer nivel de atención y medicina preventiva; el método elegido para realizar la compilación de información fue por fórmula con tamaño de la muestra 137 en el lapso de tiempo establecido, incluyendo solo a mujeres , con un rango de edad entre 20 a 60 años de edad, que cuenten con un diagnóstico de cáncer cervicouterico, se excluyó a pacientes embarazadas, tengan otro tipo de cáncer o enfermedad inmunológica, condición deplorable que comprometan el estado neurológico y conlleven a la demencia o desorientación en espacio tiempo y persona, enfermedades psiquiátricas que comprometan el estado de conciencia y enfermedades crónicas degenerativas descontroladas, además se eliminó las encuestas que no tuvieron la firmada en la carta de consentimiento informado o las encuestas que estén incompletas, ilegible o que deseen retirarse del estudio en cualquier momento.

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les localizaron vía telefónica y se les aplicó, antes de comenzar la aplicación del instrumento llamado QLQ-C30, se les explicó el consentimiento informado, tanto el objetivo de la investigación como el carácter anónimo y voluntario de su participación. Se explicó los riesgos, beneficios, no afecta su Seguridad social. La duración del proceso no fue más de 20 minutos aproximadamente.

Para la realización del presente trabajo se utilizaron dos herramientas:

-El expediente electrónico tipo SIMF (sistema información en medicina familiar) y se recopilaran las variables descriptoras tales como: edad, sexo.

-El instrumento EORTC QLQC30 versión 3.0, el cual mide la calidad de vida en pacientes con cáncer, este instrumento contiene 30 ítems, posteriormente a su resolución se contabilizó el puntaje y si suma 60 puntos o menos se considera mala calidad de vida.

Se ocuparon diversos recursos entre ellos: Recursos humanos: investigador, investigador asociado; Recursos físicos: expediente electrónico tipo SIMF (sistema información en medicina familiar), computadora con internet, plumas, hojas de papel, impresora; Recursos económicos: será financiada en su totalidad por el investigador.

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis Exploratorio. Se realizó la captura electrónica y la configuración de la base de datos donde se procesó a la limpieza de dicha base en búsqueda de errores en la captura, valores extremos, datos perdidos y no plausibles.

Análisis Descriptivo: Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias y porcentajes [n (%)] las cuantitativas con medias y desviación estándar (o medianas y rangos en caso de distribución libre). Para conocer la homogeneidad o diferencia de variables cualitativas se usó χ^2 (para diferencia de proporciones) y para conocer el tipo de distribución se usaron pruebas de bondad de ajuste como Shapiro Wilk. Para la diferencia de medias entre grupos se usó t de Student grupos independientes.

Se determinó razón de momios (OR) y su intervalo de confianza al 95%, entre las probabilidades del factor de exposición y el desenlace. En todos los casos se determinó una $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio será sometido a evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación y hasta ser aceptado se iniciará con su realización.

El presente protocolo de investigación pretende tomar información a través de expedientes de derechohabientes para seleccionar a derechohabientes con diagnóstico de Cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 61

Apego a las normas éticas:

En todos los casos la información será recolectada y conservada de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad de información. Conservado los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos esto en el código de Nuremberg 1947.

Riesgo del estudio;

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el riesgo de este proyecto corresponde a: Riesgo Mínimo, son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables. Asimismo, esta investigación se realizará en mujeres con diagnóstico de CACU, con apego a las normas éticas. En todos los casos los datos serán recolectados de acuerdo con los lineamientos Institucionales y en estricto apego a la declaración de Helsinki y acuerdo a la última enmienda realizada durante la 69 asamblea general de Asociación Médica Mundial realizada en Reikiavik Islandia en octubre 2018 y al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación vigentes.

Consentimiento informado:

A la población incluida en el protocolo durante el proceso de solicitud del consentimiento informado (adjunta a este protocolo anexos 1), deberán entender, por lo que se le explicará y resolverá en todo momento y con claridad las dudas que tenga la paciente y firmará una carta de consentimiento informado, anotando también la fecha en la que se

le estará realizando en conjunto con el instrumento que será entregado y solicitado a cada una de las participantes. En dicha carta, se emplea un lenguaje sencillo y accesible para las participantes, poniendo de manifiesto su libre decisión de participar o permanecer en el estudio sin que esto afecte o demerite la atención que reciben en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Como se establece en la declaración de Helsinki 2013.

A las pacientes potencialmente participantes se seleccionarán en la UMF 61, aula 2 de forma consecutiva siendo esta selección con equidad y justicia donde no existirá ningún tipo de discriminación, ya sea por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, género o preferencia sexual.

Obtención del consentimiento informado:

La carta de consentimiento informado de todas las participantes, serán obtenidas por parte de los investigadores participantes en el protocolo. El proceso de solicitud se llevará a cabo antes de la obtención de la información de las variables de estudio (Historia Clínica), en la que los médicos explicaran los objetivos del protocolo a cada una de las posibles participantes. Cabe señalar que el investigador responsable no forma parte del equipo de trabajo encargado del manejo y la atención habitual de las pacientes. Selección de participantes; las participantes al estudio serán identificadas por el medico colaborador en el estudio, cabe mencionar que tanto el investigador no tendrá alguna implicación en el manejo de las pacientes. sin embargo, solo se incluirán aquellas que reúnan los requisitos de acuerdo con los criterios de inclusión y diagnósticos especificados. Los participantes serán identificados a través del SIMF (Sistema de Información en Medicina Familiar) de la consulta externa de la UMF 61 de la Delegación Regional Estado de México Poniente. En todos los casos la selección expedientes será imparcial, sin sesgo social, racial, preferencia sexual y cultural, respetando en cada momento la libertad y confidencialidad de los participantes, sin exponer en ningún momento a las pacientes a riesgos no daños innecesarios, además de regirnos bajo los principios de equidad y justicia donde no existirá ningún tipo de discriminación

Se les pedirá a las pacientes acudir a la UMF 61 al aula 2, lugar propicio, seguro y en total confidencialidad, donde el medico tesista les entregará el consentimiento informado para su lectura y en caso de que la paciente tenga dudas resolverlas con respeto y claridad en un tiempo no más de 20 minutos.

Contribuciones y beneficio a los participantes:

El participar en este estudio no generará ningún beneficio económico para los participantes, sin embargo, al obtener información del expediente sobre el cáncer cervicouterino y la relación con su calidad de vida, la intención del presente estudio es generar información científica útil y aplicable en la atención en salud.

Balance riesgo/beneficio:

La obtención de la información para este estudio no representa riesgo alguno a la salud de los participantes, el tomar datos de los expedientes. El beneficio de participar en este estudio será importante ya que podrá contribuir a información sobre la calidad de vida relacionada con el cáncer cervicouterino. Por lo que el balance riesgo/Beneficio se inclina hacia al mayor beneficio.

Confidencialidad: dentro del procedimiento de confidencialidad a cada participante se le asignará un folio único y específico con el cual serán identificados sus datos personales. El folio sólo será accesible para los investigadores responsables del protocolo, quienes manifiestan su obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización del estudio e incluso durante la divulgación de los resultados. Tomando en cuenta que la información será obtenida por un método que no implica riesgo alguno a la integridad del participante ni a su salud, los beneficios si bien no son claros a corto plazo tendrán impacto favorable a la población derechohabiente, siguiendo los principios éticos relevantes de la ética que son autonomía, beneficencia y no maleficencia descritos en el informe Belmont 1979.

Otros principios Éticos: El presente estudio se apega a los principios de Justicia, Equidad y Respeto y retomando la beneficencia-no maleficencia

Beneficios al final del estudio:

Los beneficios de este estudio tienen un carácter estrictamente científico y en ningún momento se persiguen beneficios lucrativos para ninguno de los participantes, a excepción de conocer los objetivos de la investigación, se informará al médico tratante para que se tomen las medidas correspondientes. Aspectos de Bioseguridad; este protocolo no tiene implicaciones de Bioseguridad, que pongan en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente. El protocolo será sometido ante la Comité Local de Investigación 1505 y al comité de ética en Investigación 1505, una vez autorizado se procederá con la estandarización de los métodos y la recolección de la muestra.

RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

Humanos: Investigador principal; médico residente de 2do año, de la especialización en medicina familiar, UMF 61 en Estado de México. Asesor metodológico y tutor clínico.

Materiales: equipo de cómputo, equipo de papelería, hojas bond, engrapadora, bolígrafos color negro, equipo de fotocopiado.

Físicos: consultorios de consulta externa de la clínica IMSS UMF 61, aulas, sala de consulta y biblioteca de la clínica.

Recursos financieros: serán cubiertos por el investigador principal y asociados y se utilizarán recursos institucionales.

RESULTADOS

Resultados generales

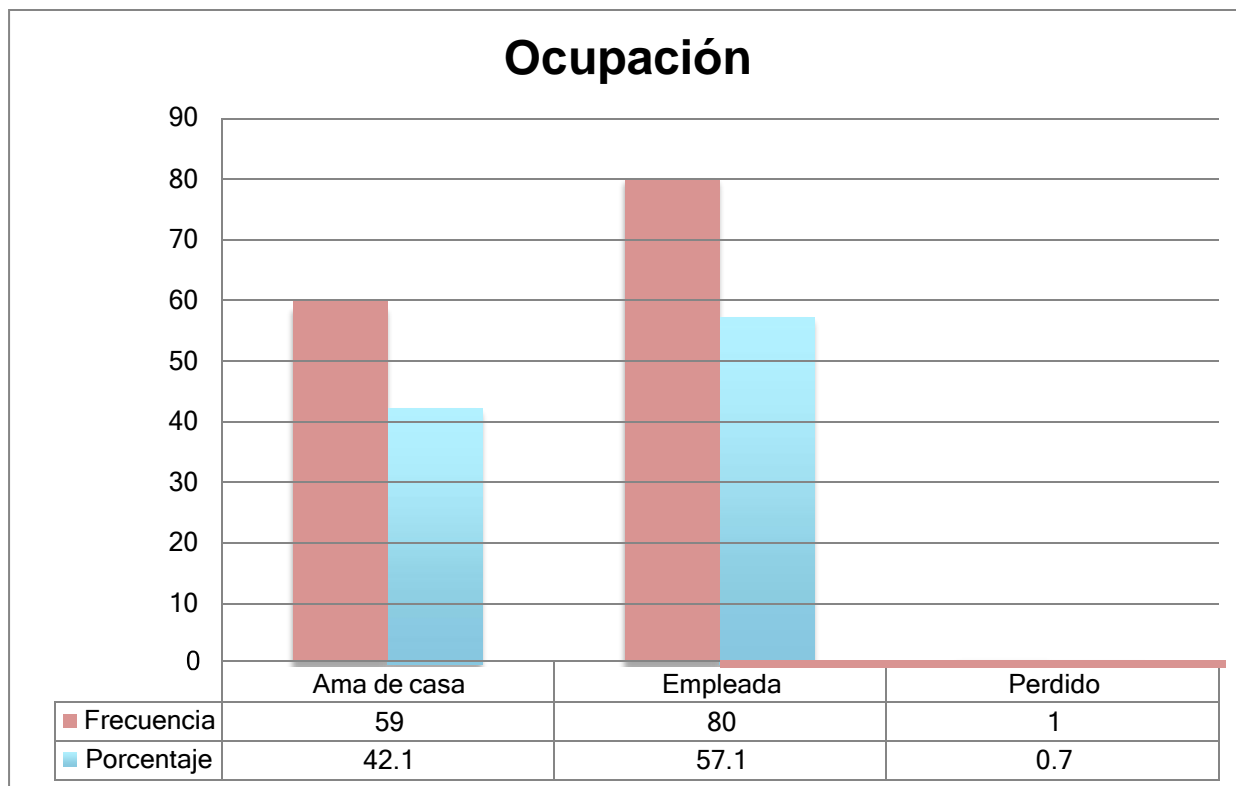
Participaron en el estudio un total de 140 participantes, de entre 23 a 69 años, el promedio de edad para la muestra fue de 46.9 (± 9.8 años), la ocupación más frecuente fue la de empleada en el 57.1% y ama de casa el 43% restante, tabla 1, gráfica 1. El estado civil más frecuente fue casada con el 48.6% (68 participantes), gráfica 2. La escolaridad más frecuente fue la secundaria en el 28.6% (40 sujetos) gráfica 3.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes en el estudio.

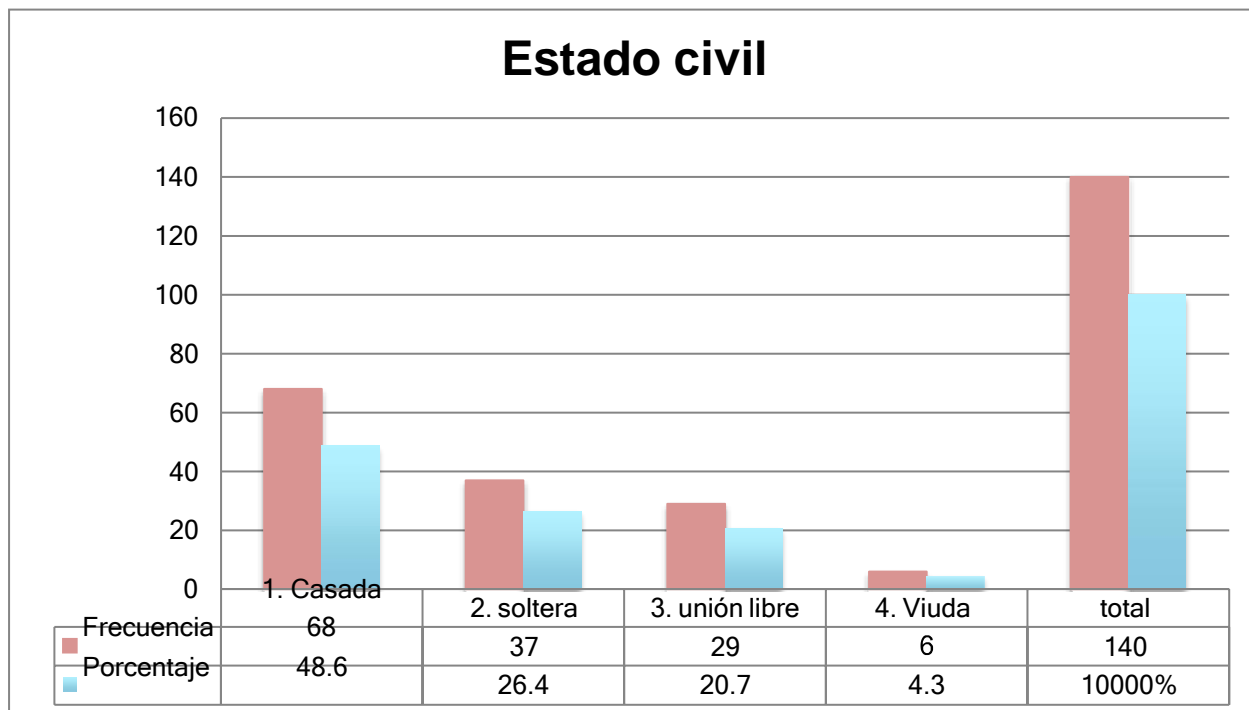
Variable	Media	DS
Edad	46.9	9.8
	n	%
Ocupación		
Empleado	80	57.1
Hogar	59	42.1
Sistema	1	0.7
Escolaridad		
Ninguno	1	0.7
Primaria	22	15.7
Secundaria	40	28.6
Bachillerato	37	26.4
Carrera técnica	11	7.9
Licenciatura	26	18.6
posgrado	2	1.4
Perdidos	1	0.7
Estado Civil		
Soltero	37	26.4
Casado	68	48.6
Viudo	6	4.3
Unión Libre	29	20.7

n=Frecuencia. %= Porcentaje. DS= Desviación estándar

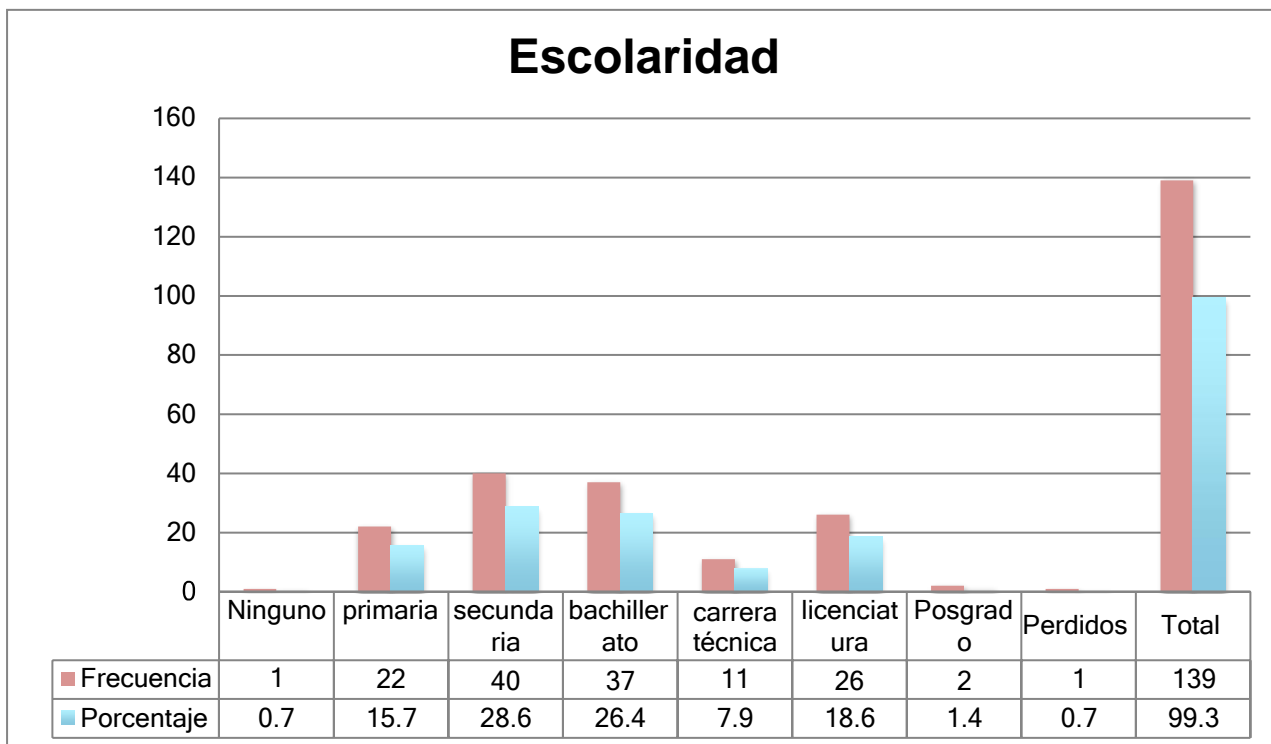
Fuente: Base de datos

Gráfica 1. Frecuencia de ocupación en las participantes

Fuente: Base de datos

Gráfica 2. Frecuencia de estado civil.

Fuente: Base de datos

Gráfica 3. Frecuencia de escolaridad.

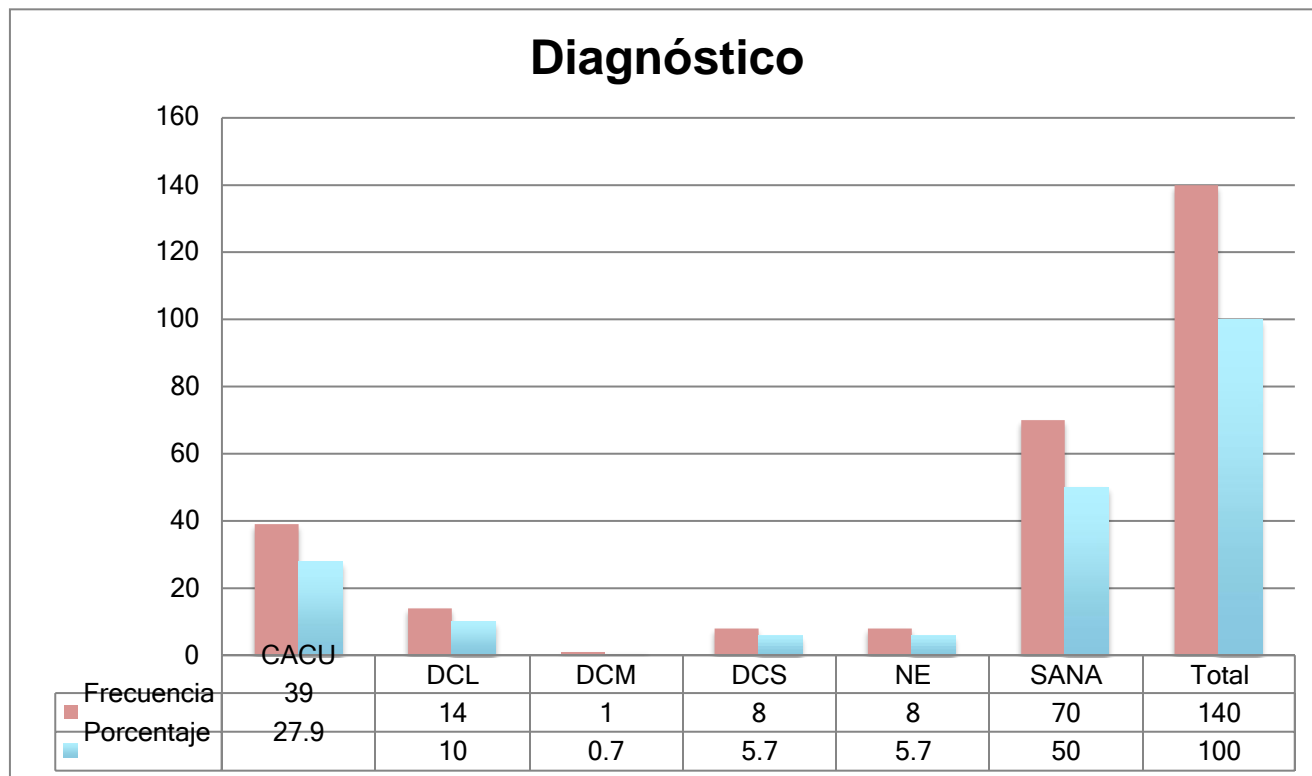
Fuente: Base de datos

Del total de las pacientes se obtuvieron siguientes diagnósticos CACU (cáncer cervicouterino) un total de 39 pacientes (27.9%). Con diagnóstico de displasia cervical leve (DCL) un total de 14 (10%). Diagnóstico de Displasia cervical moderada (DCM) 1 paciente (0.7%). Con el diagnóstico de Displasia Cervical Severa (DCS) un total de 8 pacientes (5.7%). Pacientes con reporte no especificado (NE) un total de 8 (5.7%). El resto de las pacientes encuestadas sin presencia de lesiones un total de 70 que representan el 50% de las encuestadas, gráfica 4.

Las pacientes que se encuentran con diagnóstico de CACU solo 7 refirieron haber recibido tratamiento oncológico que representan un 5%, el resto no estuvieron sometidas a tratamiento oncológico, gráfica 5.

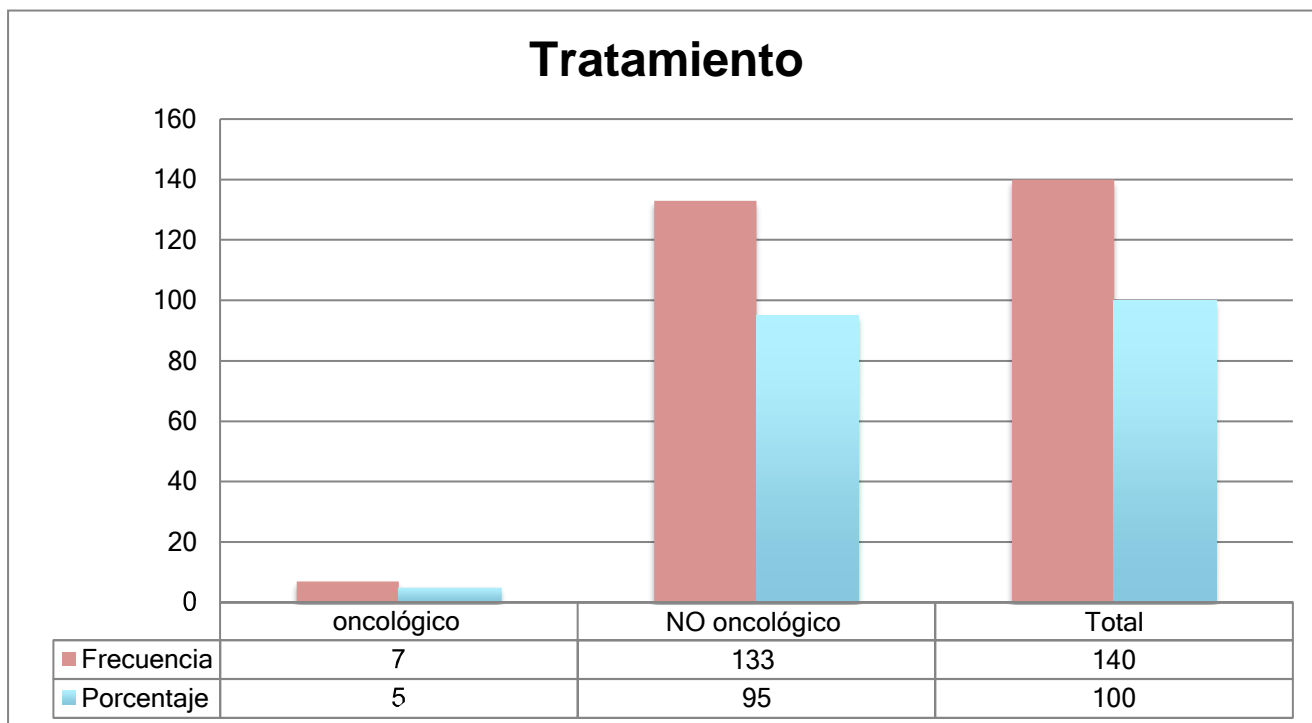
Del total de las pacientes encuestadas dentro del rubro del área funcional se obtuvieron los siguientes resultados; una mediana de 90, media de 81.20, un puntaje mínimo de 47, máximo de 98, con una desviación estándar de 17.4112. Gráfica 6

Gráfica 4. Frecuencia de diagnósticos.



Fuente: Base de datos

Gráfica 5. Frecuencia en tratamiento.

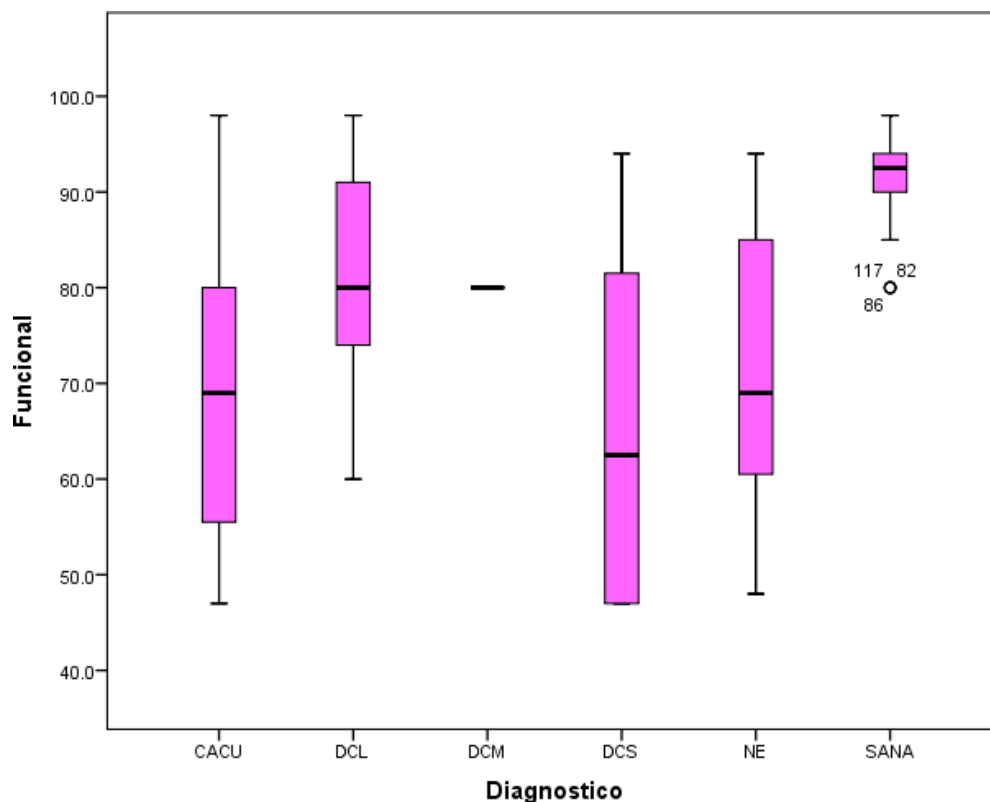


Fuente: Base de datos

Calidad de vida

Del total de las pacientes encuestadas dentro de la dimensión del área funcional se obtuvieron los siguientes resultados; una mediana de 90, media de 81.20, un puntaje mínimo de 47, máximo de 98, con una desviación estándar de 17.4112. Las diferencias entre el puntaje en la dimensión Funcional por diagnóstico se presenta en la gráfica 6.

Gráfica 6. Box plot del puntaje en la dimensión Funcional del instrumento, por diagnósticos.

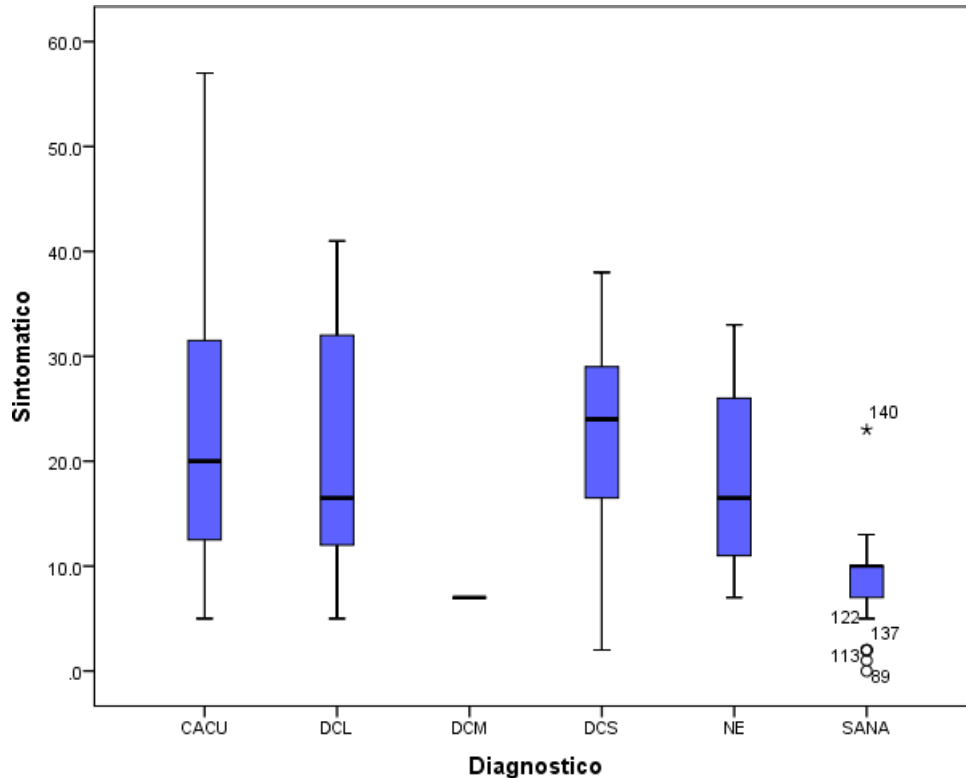


Obsérvese como las pacientes sanas presentan una puntuación mayor a las pacientes con algún grado de displasia o CACU.

Fuente: Base de datos

En el área de sintomatología se obtuvo un promedio de 15 puntos, (mediana=12.0, Rango de 0.0 a máximo de 57, D.S=10.74). Las diferencias en el puntaje de la dimensión sintomático por los diferentes diagnósticos estudiados se presentan en la gráfica 7.

Gráfica 7. Box plot del puntaje en la dimensión Funcional del instrumento, por diagnósticos.



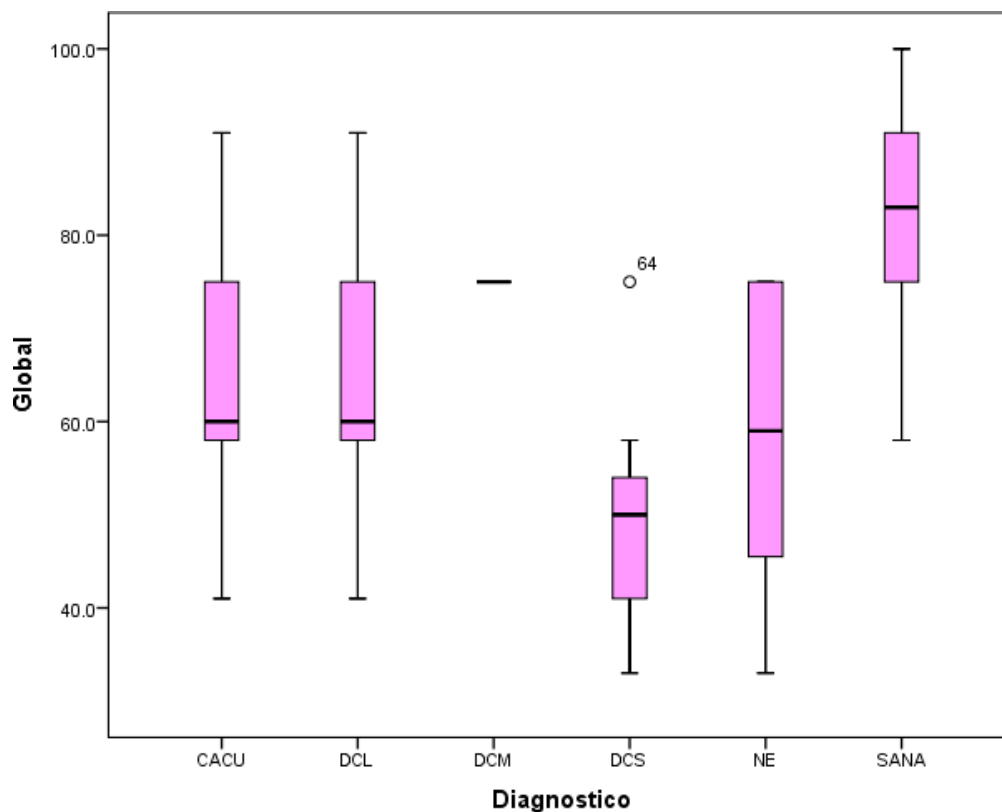
Obsérvese como las pacientes sanas presentan una puntuación inferior a las pacientes con algún grado de displasia o CACU.

Fuente: Base de datos

En la puntuación global se obtuvo una media de 71.2 pts (mediana de 75, con un puntaje mínimo de 66 y máximo de 100, D.S. de 17.53.) Las diferencias en el puntaje Global del instrumento por los diferentes diagnósticos estudiados se presentan en la gráfica 8. Obsérvese como las pacientes sanas presentan una puntuación mayor a las pacientes con algún grado de displasia o CACU.

Se encontró una frecuencia de “Mala calidad de vida” en el 32% de las pacientes encuestadas (45 participantes). Para comprender mejor los resultados se dividió a las pacientes en sanas y en pacientes con algún grado de displasia para tener una variable dicotómica o sana o enferma. 60% de las pacientes con algún grado de displasia presentaron mala calidad de vida (42 participantes) frente al 4.3% de las mujeres sanas (3 participantes), $\chi^2 49.8$ ($p=0.000$), se observaron diferencias significativas, tabla 2.

Gráfica 8. Gráfica de Box plot del puntaje global del instrumento EORTC QLQ-C30, por diagnósticos estudiados.



Fuente: Base de datos

Tabla 2. Tabla de contingencia 2 x 2 donde se muestra la frecuencia de calidad de vida por diagnóstico de salud.

		Calidad de vida		Total
		Mala	Buena	
Algún grado de displasia	n	42	28	70
	%	60%	40%	100%
Sana	n	3	67	70
	%	4.3%	95.7%	100%
Total	n	45	95	140
	%	32.1%	67.9%	100.0%

Fuente: Base de datos

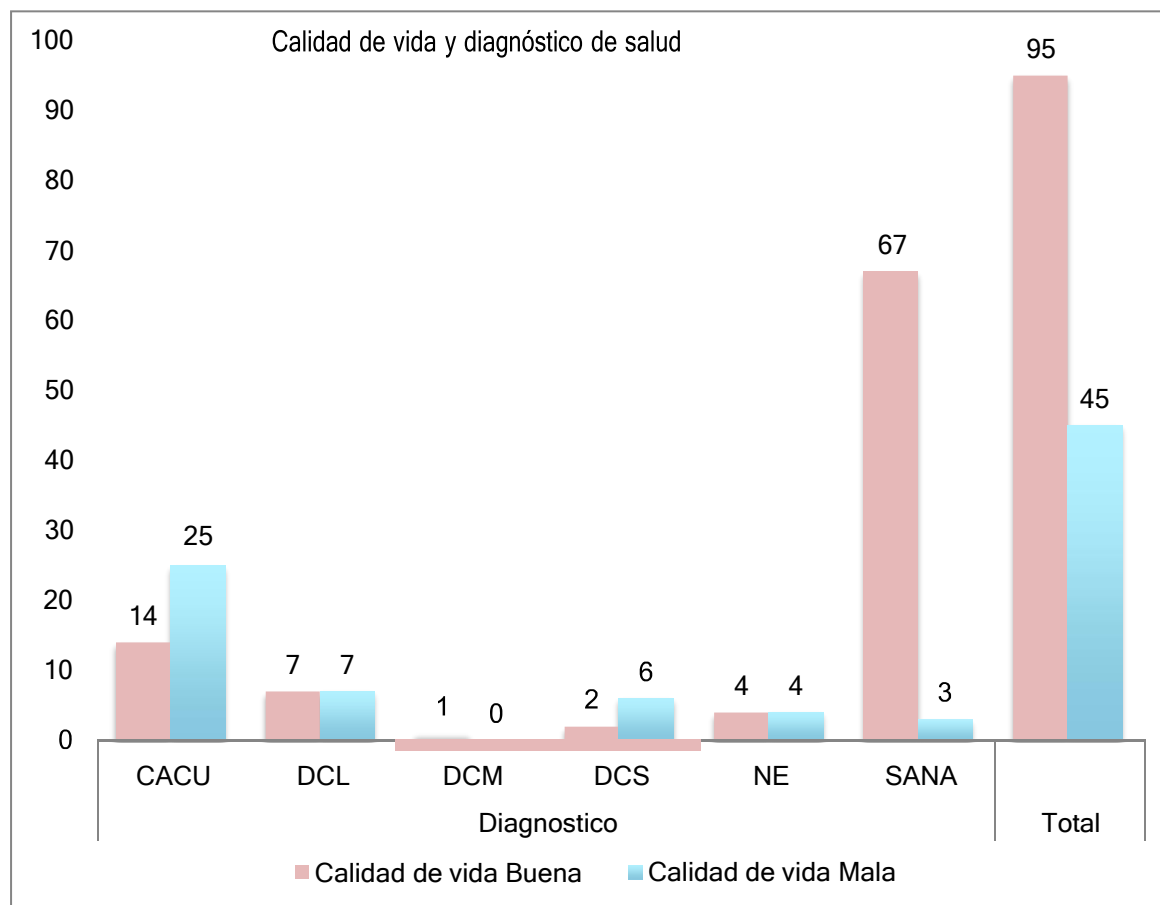
Se observó asociación con r de Pearson de 0.596 entre la calidad de vida y el nivel de displasia o cáncer. Es decir, entre mayor sea el diagnóstico de displasia o cáncer peor será la calidad de vida.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	.596	.059	8.730	.000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	.596	.059	8.730	.000 ^c
N de casos válidos		140			

Fuente: Base de datos

En la gráfica 9, se demuestra el total de nuestras pacientes con calidad de vida buena y mala, según el diagnóstico de salud.

Gráfica 9.



Fuente: Base de datos

Análisis bivariado

En el análisis bivariado se observó un factor protector para no presentar “Mala calidad de vida” si la paciente tiene empleo, si se encuentra bajo tratamiento médico por displasia, y claro si no tiene el diagnóstico de displasia. Los valores de la razón de momios (OR) el valor de p con Chi cuadrado y los intervalos de confianza al 95% para el OR se observan en la tabla 3.

Tabla 3. Razón de momios para desarrollo de mala calidad de vida entre las encuestadas sanas y con diagnóstico de displasia.

	Calidad de vida		p	OR	Intervalo de confianza del 95%	
	Buena	Mala			Inferior	superior
Ocupación						
Empleado	66	14	0.000	0.205	0.095	0.443
Hogar	29	30				
Tratamiento						
Si	1	6	0.002	0.069	0.008	0.593
No	94	39				
Estado de salud						
Sana	67	3	0.000	33.5	9.58	117.1
Displasia	28	42				

OR= razón de momios. IC95%= intervalo de confianza al 95%. p = valor de p con X².

Fuente: Base de datos

DISCUSIÓN

En México dentro de las neoplasias con mayor número de defunciones es el cáncer cervicouterino, en segundo lugar, causando 1 de cada 10 muertes. A nivel mundial siendo la séptima causa.

Por lo anterior es tema de interés mundial, enfocado en disminuir la mortalidad y si hay supervivencia aumentando la cantidad de años en vida en las pacientes darle importancia a la calidad de vida y la percepción del bienestar de las pacientes englobando esto para su continuidad en tratamiento integral para mayor bienestar físico, emocional y social y pudiéndose verse reflejado en los indicadores de efectividad y tratamiento. Cabe resaltar que por curación total de haber padecido cáncer pueden existir afectaciones en la vida diaria de la mujer, vida post cáncer.

La calidad de vida se ha tomado en cuenta como un término innovador para la atención en salud, esta situación ha hecho necesario desarrollar mediciones de calidad de vida.

El instrumento utilizado en este estudio elegido para medir la calidad de vida fue desarrollado en un contexto multinacional y multicultural, motivo mayor para ser aplicado en nuestras pacientes, además de que cumple con criterios de validez, factible y accesible entendimiento para la paciente.

Dentro de nuestros resultados se observó que la calidad de vida global en general es positiva ya que la puntuación global se obtuvo una media de 71.2 puntos. Sin embargo 70 pacientes con algún grado de displasia y CACU, se determinó mala calidad de vida de en 42 pacientes y 7 de ellas efectos de tratamiento oncológico con resultado de mala calidad de vida y en el rubro de sintomatología hubo mayor puntuación en esa área que nos refleja mala calidad de vida. Se observó asociación con r de Pearson de 0.596 entre la calidad de vida y el nivel de displasia o cáncer, es decir entre mayor sea el diagnóstico de displasia o cáncer peor será la calidad de vida en la semana previa realizada la encuesta, pudiendo crear una crisis existencial tanto en la mujer como en su familia.

Se ha visto en otros estudios que la depresión puede durar más de dos años posteriores al tratamiento. Causando además ansiedad, irritabilidad, preocupación miedo a recidiva,

sentimiento de culpa debido a la carga familiar causando así peor calidad de vida global. En nuestro estudio no se encontró a pacientes que hayan sido sometidas a cirugía, sin embargo, en otro estudio se ha visto que dicho proceso afecta a su autoimagen, bienestar social y sentido de feminidad; teniendo mayor afección de la dimensión de salud mental.

En relación de calidad de vida y el área sintomática se observó como las pacientes sanas presentan una puntuación inferior a las pacientes con algún grado de displasia o CACU. Entre menos puntuación presenten las pacientes tengan o no alguna displasia será mejor su calidad de vida. Mucho más alto en pacientes con tratamiento oncológico que se ve afectado por los efectos secundarios de tratamiento oncológico. Esto afectando en su imagen corporal y autoestima de las pacientes, según otros estudios. En relación con la funcionalidad es a la inversa se observó mayor puntuación en pacientes sanas que en aquellas pacientes que presentaron algún tipo de displasia y menos puntuación en pacientes que se sometieron a algún tratamiento oncológico. Siendo esta área la más afectada ya que las pacientes con displasia o como tal CACU refirieron que dicho padecimiento afectaba en sus actividades diarias. Dentro del estudio se observó un factor protector para no presentar “Mala calidad de vida” uno de ellos es si la paciente tiene empleo, si se encuentra bajo tratamiento médico por displasia, y claro si no tiene el diagnóstico de displasia.

CONCLUSIÓN

El cáncer Cervicouterino es la segunda neoplasia más frecuente en mujeres mexicanas, factor importante a valorar en las mujeres ya que afecta de manera negativa en la calidad de vida de las pacientes con algún tipo de displasia o CACU en comparación a población que no padece dicha enfermedad, una semana previa a la aplicación del instrumento QLQ-C30. El área de funcionabilidad es la más afectada en nuestras participantes con algún tipo de displasia.

Por ello una tarea más del profesional y en beneficio de las pacientes atendidas en el instituto mexicano del seguro social es detectar alteraciones que muchas veces no son consideradas dentro del tratamiento integral, una de ellas el área afectiva englobando la calidad de vida en las patologías de base, poniendo más atención en aquellas pacientes amas de casa y que estén recibiendo tratamiento oncológico, que son estadísticamente más afectadas dentro del estudio realizado.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar 61

AÑO 2020	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
Delimitación y redacción de protocolo	PR	PR									
Actualización y Revisión bibliográfica			PR	PR							
Estandarización de las pruebas					PR						
Presentación ante CLIS y CEI para su aprobación						PR	PR	PR			
Reclutamiento de pacientes/Recolección de la Muestra									PR		
Determinación de las variables									PR		
Análisis de Resultados, discusión y conclusiones										R	
Preparación de los manuscritos para difusión											P

R: revisado P: pendiente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1 Parquet, Romina A, George Nicholas Papanicolaou. Acta Gastroenterológica Latinoamericana [en línea] 2015, 45 (Marzo): [Fecha de consulta: 2 de julio de 2020] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199336842002>> ISSN 0300-9033
- 2 Hernández HDM, Apresa GT, Patlán PRM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53 Supl 2:S154-161.
- 3 Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 (fecha de consulta 4 marzo 2020) <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/RetosCancerMujer.pdf>
- 4 González LS, Martínez SMG, Hernández HDM, Aguilar LA, Jave SLF. Frequency of cervical epithelial lesions reported in the Regional Laboratory of Exfoliative Cytology in Jalisco. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53 Supl 2:S132-9. Disponible en; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26462508>
- 5 Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicecútero uterino
Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>
- 6 Hernández V, Marcelino, Carrillo P, Adia, Hernández Q, Tomás,, El Papanicolaou para detectar cambios celulares por el virus del papiloma humano. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013,
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745490012>> ISSN 0443-5117
- 7 Francisco R. Hernández A,Laura AOB,Teresa AG, Sandra SG, Oscar AMR, Dulce MHH, 2006, Motivos de abandono en el proceso de atención medica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Revista de investigación Clínica/vol. 58, Núm 3 /mayo-junio, 2006/pp 217-227.
- 8 Arévalo B, Arturo R, Arévalo S, Dory E, Villarroel S, Carlos J.. (2017). EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Médica La Paz*, 23(2), 45-56.
Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es&tlng=es.
- 9 Nelly CV, Gabriel AH, León FA, German WMG, Irma PZ, Cáncer cervicouterino, anales de radiología México enero-Marzo 2009; 1:61-79 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
- 10 Manzo MR. Jiménez LA. Cruz G, Biología molecular del cáncer cervicouterino, Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(Supl 4):18-24
- 11 Pérez MD, Alvarado CI, Chablé MF, Arrazola GA, Vilches CN, Barrón RP, Chanona VG, Patología del cáncer cervicouterino, Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(Supl 4):33-38
- 12 Machado RM, JiménezLR, Blanco SA y Chavaro VN., Estadificación y evaluación inicial del cáncer cervicouterino, Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(Supl 4):53-58

- 13 Natalia C, Catalina G, Ismael G, Claudia E, Evaluación de un modelo de calidad de vida construido desde los datos, Universidad de Talca Universidad de Magallanes, *Acta.colomb.psicol.* 19 (1): 297-309, 2016
Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n1/es_v19n1a13.pdf
- 14 Nicolás L, Raphael P, Gerardo Q, Quality of life in the Health System,, Vol. 21. Núm. 1. páginas 1-3 (Marzo 2014), revista colombiana de Reumatología. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-calidad-vida-el-sistema-salud-S0121812314701409>
- 15 Guadalupe NG, The quality of life: Multidimensional analysis, *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 129-137, 2012 ©INNN, 2010. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- 16 Luis FOO, Francisco JOC, Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer, *gaceta Mexicana de Oncología*, Vol. 12. Núm. 6. páginas 379-381 (Noviembre 2013)
Disponibel en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-evaluacion-calidad-vida-relacionada-con-X166592011368643X>
- 17 Celina CL, Juan JCL, Quality of life and symptom control in the cancer patient, *Gaceta Mexicana de Oncología*, Volume 14, Issue 3, May-June 2015, Pages 150-156
- 18 Godoy M.J, Rojas A.J, García J.L. Cabrera J, Fiabilidad y validez de la versión española del eortc qlq-c30: medida de la calidad de vida en pacientes oncológicos avanzados, *revista de psicología de la salud*, 11(1-2), 1999
- 19 Scott N.W., Fayers P.M., Bottomley A., Aaronson N.K., Graeff A , Groenvold M., Koller M., Comparing translations of the EORTC QLQ-C30 using differential item functioning analyses, *Quality of Life Research* (2006) 15: 1103-1115, DOI 10.1007/s11136-006-0040-x
Disponible:https://faculty.washington.edu/pcrane/mypubs/Crane_Commentary_on_comparing_EORTC_QLQ-C30_2006.pdf
- 20 Rosario SCC, Victor SC, Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama., *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 6(1) 2013
- 21 Sat MD, Contreras HI, Balderas PLMA, Hernández CGA, Solano MP, Mariscal RI, García CM, Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, Estados Co-Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social, *Value in Health* Volume 14, Issue 5, Supplement, July-August 2011, Pages S133-S13
Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014434#bib25>
- 22 Garassini, M.E. Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. (2015). *Revista CES Psicología*, 8(2), 76-102.
- 23 Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. (2014). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 368-377. Disponible: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500003>
- 24 Urrutia, María Teresa, Concha, Ximena, & Padilla, Oslando. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. (2014). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 368-377.

- Disponible: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500003>
- 25 Programas de atención y específico y control del cáncer de la mujer 2013-2018, información estadística. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/información-estadística>.
 - 26 REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [07 de junio 2020].
 - 27 Cancino, N., González, C., Gallardo, I. & Estrada, C. (2016). Evaluación de un modelo de calidad de vida construido desde los datos. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 297-309. DOI: 10.14718/ACP.2016.19.1.13



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Unidad Médico Familiar No. 61**

Anexo 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 61

Investigador Principal	Dra. Blanco Trejo Wendy
Investigador Asociado o Tesista	Dr. Camarillo Nava Víctor M. Dra Alejandra Sánchez
Número de registro:	pendiente
Financiamiento (si Aplica)	No aplica.
Lugar y fecha:	San Bartolo Naucalpan, Estado de México del 2020, UMF 61
Riesgo de la Investigación:	Riesgo Mínimo
Justificación y Objetivos del estudio:	El cáncer cervicouterino siendo la segunda causa de muerte y relacionada al deterioro en la calidad de vida, alterando la esfera biopsicosocial y afectiva, nos lleva a determinar en esta investigación cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar 61. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	El investigador aplicará un cuestionario y solicitará información sobre la calidad de vida. El responder las preguntas requiere un máximo de 15 minutos. No se realizará ningún tipo de experimentación.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación se considera "riesgo mínimo" ya que solo se aplicara un cuestionario y se colectará información persona Según, el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre la calidad de vida en el cáncer cervicouterino.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	No se entregaran los resultados a cada individuo o entregarán a quien así lo solicite.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Si se incluyeran en la investigación participantes NO derechohabientes al IMSS especificar que no se obtendrá Afiliación.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	
<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.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:
Investigador Responsable:

Dra. Wendy Blanco Trejo, correo electrónico wscottmx@yahoo.com.mx, nos puede llamar al teléfono 5527940400 ext. 157, de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 14:00 horas o acudir a la Unidad de Medicina Familiar no. 61 con domicilio Av. 16 de septiembre no. 19 Col. San Bartolo, Naucalpan de Juárez, estado de México, C.P. 53000

Colaboradores:

Dr Víctor Manuel Camarillo Nava. Maestro en Ciencias IPN / Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud de la Delegación Norte IMSS en Ciudad de México, CDMX, Teléfono: 55 574735 Email: drcamarillonava@gmail.com

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, 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

43

Anexo 2. INSTRUMENTO QLQ-C30 versión 3.0

“Calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar 61”

INSTRUMENTO QLQ-C30 versión 3.0

Por favor conteste marcando con una “X” lo que se le pide a continuación, trate de no omitir ninguna pregunta.

Recuerde que esta información es confidencial y solo la persona que le entrego el cuestionario tendrá acceso a la información.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo _____

Estado Civil: 1. Casado () 2. Unión Libre () 3. soltera ()

Escolaridad: _____

NSS:
folio:

Ocupación

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

Durante la semana Pasada

Pregunta	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?				
8. ¿Sintió que se le cortó la respiración?				
9. ¿Ha tenido dolor?				
10. ¿Necesito parar para descansar?				

11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Se ha sentido débil?				
13. ¿Le ha faltado el apetito?				
14. ¿Ha tenido náuseas?				
15. ¿Ha vomitado?				
16. ¿Ha estado estreñida?				
17. ¿Ha tenido diarrea?				
18. ¿Estuvo cansada?				
19. ¿Interfirió el dolor en sus actividades diarias?				
20. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión?				
21. ¿Se sintió nerviosa?				
22. ¿Se preocupó?				
23. ¿Se sintió irritable (enojada)?				
24. ¿Se sintió deprimida?				
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?				
26. ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en su vida familiar?				
27. ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en sus actividades sociales?				
28. ¿Su estado físico o el tratamiento médico le han causado dificultades financieras?				

En las siguientes preguntas por favor, dibuje un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted:

29. Cómo calificaría su salud en general durante la última semana

1 2 3 4 5 6 7

30. Cómo calificaría su calidad de vida en general durante la última semana

1 2 3 4 5 6 7

Anexo 3.

Hoja de recolección de datos.

NSS:

FOLIO:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 61

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

EDAD _____

OCUPACION
AMA DE CASA
EMPLEADA

CALIDAD DE VIDA
BUENA
MEDIA
MALA

TRATAMIENTO
ONCOLOGICO
NO ONCOLOGICO

ESCOLARIDAD
NINGUNO
PRIMARIA
SECUNDARIA
BACHILLERATO
CARRERA TECNICA
LICENCIATURA
POSGRADO

Anexo 4. Autorización de la dirección UMF 61



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONA VICARIO
Coordinación Clínica de Educación, Investigación y Salud UMF no. 61

DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO
DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación Clínica de Educación, Investigación y Salud UMF no. 61

Naucalpan, Estado de México a 07 de Septiembre de 2020

UNIDAD MEDICO FAMILIAR NO. 61

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

"Calidad de vida en pacientes con Cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar 61"

Investigador Principal.

Dra Wendy Trejo Blanco

Investigador asociado.

Víctor Manuel Camarillo Nava

Investigación Vinculada a Tesis.

Si

Alumno (s):

Alejandra Sánchez Cedillo, Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente

Dra. Denisse Violeto Farías Hernández
Directora de la unidad de Medicina familiar No. 61

Ccp . Investigador Principal

Ccp., CCEIS

José Ortiz de Domínguez S/N. Cll. Centro, Toluca, Estado de México; C.P. 50000, Teléfono: (722) 2 79 89 79 - Ext. 1007.



Anexo 5. Carta compromiso de Confidencialidad y manejo ético de datos



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONA VICARIO
COMUNIDAD MEXICANA DE LA PATRIA

DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO
DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas,
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF no. 61

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO ÉTICO DE DATOS

Naucalpan; Estado de México a 05 de Octubre del 2020

Por medio de la presente el C. **la Dra Wendy Trejo Blanco, Dr Víctor Manuel Camarillo Nava y la Dra Alejandra Sánchez Cedillo**, nos comprometemos a obtener exclusivamente los datos necesarios para la investigación y resguardar la confidencialidad de los mismos, los cuales serán utilizados, en el Protocolo de Investigación que lleva por Título Calidad de vida en paciente con Cáncer Cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar 61" y la recolección de datos se iniciará hasta contar con el dictamen de **APROBADO**, por el comité correspondiente.

En caso de hacer uso indebido de la información, estoy consciente de que me haré acreedora a la sanción que corresponda.


Alejandra Sánchez Cedillo
Nombre y Firma del Tesista


Wendy Blanco Trejo
Nombre y firma del Investigador principal


Víctor Manuel Camarillo Nava
Nombre y Firma de Investigador asociado