



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA UMF13**



TESIS

**ASOCIACION DE LA CLASIFICACIÓN PARA BASE DIAGNOSTICO Y EL
ESTADIO DE LAS PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN
DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN
EL PERIODO ENERO 2015 A JULIO 2019.**

**NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL
R-2019-401-035**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER CAMBRANIS MARTINEZ

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE FEBRERO 2022



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.

**ASOCIACION DE LA CLASIFICACIÓN PARA BASE DIAGNOSTICO Y EL ESTADIO DE LAS
PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO ENERO 2015 A JULIO 2019.**

**NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL
R-2019-401-035**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER CAMBRANIS MARTINEZ

AUTORIZACIONES

DRA. ANA LUISA LOPEZ BOZADA.

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar.
Médico especialista en Medicina Familiar.

DRA MARIA GUADALUPE KANTUN JIMENEZ

ASESOR TEMÁTICO

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

DRA. CARMEN DOMINGUEZ HERNANDEZ

ASESOR METODOLÓGICO

Médico especialista en Medicina Familiar.

Coordinadora de planeación y enlace institucional.

DRA. RUBÍ DURAN REYES

Directora Médica de la UMF 13 Campeche

DRA. GLORIA DEL CARMEN CHÍ DÍAZ

Coordinador clínico de Educación e Investigación en salud.

DRA GUADALUPE RAMOS JUAREZ

Coordinadora auxiliar médico de educación en salud.

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE FEBRERO 2022

**ASOCIACION DE LA CLASIFICACIÓN PARA BASE
DIAGNOSTICO Y EL ESTADIO DE LAS PACIENTES CON
CANCER CERVICOUTERINO EN DERECHOHABIENTES
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL
PERIODO ENERO 2015 A JULIO 2019.**

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL R-2019-401-035

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. FRANCISCO JAVIER CAMBRANIS MARTINEZ**

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN 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.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su misericordia, gracia y favor.

A mis padres.

A mi hermana.

A mis hijos que son ese motor que me motiva a continuar esforzándome día a día en dar un poco más, Gracias hijos, los amo.

A mi Esposa.

A mi profesora de tesis, por su asesoría, guía, y comprensión en la elaboración de este proyecto que hoy veo concluido. Gracias por todas sus enseñanzas.

Gracias a todos mis profesores que compartieron sus experiencias, conocimientos que me ayudaran en cierta medida a tomar mejores decisiones en la atención de cada paciente.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
MARCO TEORICO	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	6
ESTUDIOS RELACIONADOS	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
JUSTIFICACIÓN	29
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
HIPOTESIS	32
OBJETIVOS	33
OBJETIVOS GENERAL	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
MATERIAL Y METODOS	34
CUADRO DE DEFINICIÓN DE VARIABLES	34
PROCEDIMIENTOS	37
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	38
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIÓN	52

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	64
ANEXO 1.-CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	64
ANEXO 2.-HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67

RESUMEN

Clasificación para base diagnóstico y estadio de las pacientes con cáncer cervicouterino en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo enero 2015 a julio 2019.

Antecedentes: El cáncer cervicouterino (CaCu) es la causa más común de cáncer en mujeres en todo el mundo; predomina en países en desarrollo, es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres. Su incidencia mundial anual a nivel mundial para el 2010 fue de 530 mil 232 casos.

Objetivo: Evaluar la asociación de base diagnóstico con estadio del cáncer cervicouterino en las pacientes derechohabientes del Hospital General de Zona con Medicina Familia 1 (HGZ1) en Campeche, durante el período del 2015 al 2019.

Material y Métodos: Estudio no experimental de cohorte retrospectivo e histórico, cuyo universo muestra fueron la totalidad de derechohabientes del HGZ1 del IMSS en la ciudad de Campeche con diagnóstico de cáncer cervicouterino en los periodos del 2015 al 2019, se verificó su base diagnóstica la cual estar codificada según la Agencia Internacional de Cáncer (IARC) de la Codificación Internacional de Enfermedades

Oncológicas edición 3 (CIE O3), así como el estadío de cada una de las pacientes, se aplicó estadística inferencial de análisis mediante la chi cuadrada a través del programa SPSS estadístico 2019. Se procedió a realizar estadística descriptiva de otras variables como edad, gestación, tabaquismo.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes. Encontrando edad media de 46.3 años, en el 63% de las pacientes se encontró Estadio I, 64.28% la Base diagnóstico fue por Histología, El Grado de diferenciación fue Moderadamente diferenciado en 68% y Carcinoma epidermoide no queratinizado en 49% .

Conclusión Tenemos muchas acciones que emprender en el primer nivel de atención donde las acciones preventivas son fundamentales para la disminución de la patología cervical. Ya que a pesar que en el presente estudio se diagnosticó cáncer cervicouterino en su mayoría en Estadio I, morfológicamente con tejido moderadamente diferenciado.

Recursos e infraestructura

Con la que ya cuenta la institución. Los gastos de papelería, fueron proporcionados por el investigador.

Tiempo para desarrollarse

Enero 2015 a julio 2019.

Experiencia de grupo

Se tiene experiencia en la valoración y estratificación del Cáncer Cervicouterino.

Palabras Clave: Cáncer cervicouterino, Estadío, Base diagnóstica.

MARCO TEÓRICO

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) sigue siendo un problema de salud pública, a nivel mundial, se ubica en el séptimo lugar en la frecuencia global y la tercera causa de cáncer en mujeres. Las mayores tasas de incidencia ajustadas por edad (TIEE) se observan en África oriental y occidental (superior a 30 x100 mil mujeres), África del Sur (26,8x100 mil mujeres), Asia Sur-Central (24,6 x100 mil mujeres), América del Sur y África Meridional (23,9 y 23,0 x100 mil mujeres respectivamente). Las cifras más bajas corresponden a Asia Occidental, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Finlandia con cifras de TIEE menor de 6 x100 mil mujeres. ^(1, 2)

A escala mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es la segunda causa de muerte. Para el año 2012 se le atribuyeron 8,2 millones (13%) de defunciones ocurridas en todo el mundo, de las cuales el CaCu fue responsable de 275.000 ⁽³⁾, para igual año en América Latina y el Caribe (AL y C) fallecieron 35.600 mujeres. ⁽⁴⁾ Se estima que alrededor del 88% de las muertes se producen en los países en desarrollo. En nuestra región la mortalidad es 7 veces más altas al compararla con regiones desarrolladas, dejando en evidencia las enormes desigualdades en salud. ⁽⁴⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha declarado que el cáncer cervicouterino es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino (extremo inferior de la matriz que comunica con la vagina). ⁽⁵⁾ Estos cambios cuando son precancerosos se conocen como neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL, por sus siglas en inglés) y displasia con sus tres grados: leve, moderada y severa, luego se presenta el cáncer in situ (si no invade la membrana basal) y el cáncer invasor (cuando atraviesa la membrana basal). ⁽⁶⁾

La evidencia científica indica que el cáncer cervicouterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años llegando a un pico alrededor de los 50 años por lo que existe evidencia científica suficiente de que el tamizaje de las lesiones precursoras de cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional reduce la incidencia de cáncer cervical en un 80% o más, no así en las mujeres menores de 35 años en quienes el tamizaje tiene menor impacto. ⁽⁷⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El cáncer cervicouterino es considerado como tumor maligno con pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de la muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente. ⁽¹⁾

El perfil de riesgo en el cáncer cervicouterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente. Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico. ⁽⁸⁾

El cáncer cervicouterino es una enfermedad oncológica que se origina en el epitelio del cuello del útero, con una lenta y progresiva evolución. ⁽⁹⁾ La OMS reconoce 3 grupos de categorías de carcinoma de cérvix: el carcinoma de células

escamosas, con el 70-80% de los casos; el adenocarcinoma 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. ⁽¹⁰⁾ El cáncer cervicouterino se divide clínicamente en etapas utilizando la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Este sistema clasifica la enfermedad según el nivel de diseminación en etapas de I a IV. ⁽¹¹⁾

Según datos del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN, 2012), se presentaron en el mundo 14.1 millones de casos nuevos de cáncer con 8.2 millones de muertes, representando el 13% del total de los fallecimientos. Las proyecciones indican que el número de muertes por cáncer en las Américas aumentará de 1.3 hasta 2.1 millones en 2030; de igual manera, se espera que el número de casos nuevos se incremente en un 67% en América Latina y el Caribe (1.8 millones por año), estimaciones mayores que las esperadas para Norteamérica (41%) ⁽¹²⁾

El cáncer del cuello uterino es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente con un estimado de 528 000 nuevos casos diagnosticados

anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo; varía desde 42.7 en África Oriental, hasta 4.4 por 100,000 mujeres en Asia occidental (Medio oriente). ⁽¹³⁾ El cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam. ⁽¹³⁾

La mortalidad en la región es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en países como: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3). ⁽¹³⁾

El cáncer cervicouterino ocupa el tercer lugar de los tumores malignos que sufren las mujeres en todo el mundo y constituye un problema de salud pública en México ya que es un área geográfica de alto riesgo de enfermedad, cuando es comparada con países industrializados que han logrado abatir su existencia mediante programas organizados y eficientes de prevención y control. ⁽¹⁴⁾ Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000

mujeres. En el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones en mujeres con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4). ⁽¹³⁾

En Campeche, se ha visto que cada año aparecen 40 casos de mujeres con cáncer cervicouterino, y aproximadamente 40 mueren al año, esto no significa que son los 40 casos nuevos, sino que son casos anteriores pero que no lograron triunfar en esta batalla. ⁽¹⁵⁾ El número de defunciones por año es el siguiente: en el 2009 fallecieron 38 mujeres con cáncer cervicouterino; en el 2010, 27; en el 2011, 26; en el 2012 un total de 31; en el 2013, 30 y en el 2014, 38. Los municipios que no presentaron defunciones en el 2014 fueron Palizada y Calakmul. ⁽¹⁵⁾

La mortalidad por derechohabencia en los últimos cinco años se ve representada con mayor ocurrencia en las usuarias del Seguro Popular, mismas que en el 2014 representaron el 42.6 por ciento seguida por el IMSS con el 26.13 por ciento, Secretaría de Salud 18.18 por ciento, ISSSTE 9.71 por ciento y en menor proporción Pemex y Secretaría de Marina con 1.72 por ciento. En el 2014 con respecto al grupo de edad más afectado

por esta neoplasia, el mayor número de defunciones se presentó en el grupo de 50 años y más, que fueron 33 mujeres que representan un 86.84 por ciento del total de defunciones y en menor proporción en el grupo de edad de 35 a 49 años con cinco defunciones que representan el 13.15 por ciento. ⁽¹⁵⁾

Se ha observado diferencias en relación a la incidencia, cobertura de tamizaje, tratamiento, sobrevida y mortalidad de cáncer en la mujer, ⁽¹⁶⁾ se ha identificado una mayor incidencia de cáncer Cervicouterino en la población marginal, lo cual se puede atribuir, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico y tratamiento oportuno debido a sus características sociales, geográficas y económicas. ⁽¹⁷⁾

El cáncer cervicouterino sigue siendo una enfermedad de la pobreza; su influencia y mortalidad más altas ocurren en los estados del sur de México, particularmente en áreas rurales donde se ha cuantificado un riesgo dos veces mayor de mortalidad con las áreas urbanas. ⁽¹⁸⁾

Una mujer que sufre cáncer cervicouterino refleja una enorme inequidad social por cuatro razones fundamentales: 1) exceso desigual de las mujeres pobres a los servicios de salud; 2) mala calidad y escasa infraestructura de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino en áreas rurales y zonas de

alta marginación; 3) ausencia de prevención primaria contra el virus del papiloma humano en mujeres jóvenes debido al costo inaccesible y 4) inequidad de género, porque no solo es una enfermedad propia de las mujeres, si no que durante muchos años hubo escasa atención y ausencia de perspectiva de género para ofrecer una respuesta social organizada para enfrentar este problema. ⁽¹⁹⁾

Entre los factores que predisponen al cáncer del cuello uterino, se considera una infección de transmisión sexual, y lo convierten en un importante problema de salud para la humanidad, pues atribuyen una relación directa entre la mayor o menor incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos. Existen varios factores asociados a la aparición de patologías cervicales tales como: inicio precoz de las relaciones sexuales, multiparidad, múltiples parejas sexuales y conducta sexual riesgosa (tanto de la mujer como de su pareja sexual), humo del cigarro, infecciones de transmisión sexual, déficit vitamínico y factores hormonales, infecciones por el papiloma virus humano (HPV), edad (mujeres de 25 a 64 años), nunca haberse practicado el estudio citológico, uso de contraceptivos orales, así como inmunodeficiencia exógena o endógena en el desarrollo de las displasias cervicales. ^(20, 21)

En la actualidad algunos tipos de cáncer transitan desde patologías curables a formas crónicas, esto íntimamente asociado a los avances terapéuticos, una adecuada individualización de éste, el perfil clínico e histopatológico, estrategias para su detección temprana, tratamiento y cambios demográficos de la población, etc. Es así como en las últimas décadas la sobrevida para el CaCu ha mejorado principalmente como resultado de avances en la detección temprana y el tratamiento. La planificación terapéutica y la evaluación del pronóstico requieren de una valoración detallada del estado general de salud de la persona y de la determinación del estadio clínico del cáncer invasor.

En 1985 se presenta el sistema de clasificación más difundido para el CaCu, elaborado por la Federación Internacional Ginecología Obstetricia (FIGO), se trata básicamente de un sistema de clasificación clínica basado en el tamaño del tumor, la extensión del cáncer en la pelvis y un número limitado de estudios de diagnóstico (ver Tabla 1). El grado de crecimiento del cáncer se evalúa clínicamente apoyado con diversos estudios que permiten determinar el estadio de la enfermedad (I a IV) ⁽²³⁾.

El estadio I representa un tumor limitado al cuello uterino, en tanto que el estadio IV corresponde a la fase de crecimiento en la cual el cáncer da metástasis en los órganos distantes ⁽²³⁾.

En la actualidad los nuevos criterios establecidos por la FIGO han determinado que el tamaño del tumor es un parámetro de pronóstico independiente de la etapa de la enfermedad y se reflejó originalmente en los estadios IA-FIGO y IB2 ⁽²²⁾. La estadificación sugerida por la FIGO a diferencia de otras clasificaciones para el CaCu no se considera el compromiso ganglionar y es tratado como un factor pronóstico independiente.

Estadio Clínico

El estadio clínico del CaCu en el momento del diagnóstico es el factor aislado más importante de predicción de la supervivencia a largo plazo. ⁽²⁰⁾ (Clasificación FIGO Tabla 1). Estudios clínicos y poblacionales han demostrado una supervivencia a 5 años es uniformemente alta (>75%) en relación con las neoplasias en estadio I; las tasas de supervivencia declinan rápidamente conforme avanzan los estadios de la enfermedad (<10% en el estadio IV). ⁽²⁴⁾ La FIGO ha mantenido siempre que el uso del estadio está pensado sólo para propósitos de comparación y no como guía para la terapia ⁽²²⁾

Por la naturaleza controversial de las imágenes radiográficas no invasivas, el sistema FIGO limita las imágenes de la radiografía de tórax, pielografía y enema de bario, como apoyo para evaluar el tipo de compromiso y complicaciones ⁽²²⁾. Por lo tanto, el estadio del CaCu es una evaluación clínica, aunque la evaluación quirúrgica es más precisa que la estadificación clínica, la evaluación quirúrgica usualmente no puede usarse en los países de bajos recursos ^(22, 25, 26).

El nuevo sistema de estadificación de FIGO ha establecido recomendaciones para el estadio IB1 ⁽²²⁾, señalando que el uso de exploraciones con Resonancia Nuclear Magnética, Tomografía axial computarizada puede ayudar en el planeamiento de tratamiento, pero, no se acepta para establecer la clasificación del estadio ^(25, 26).

Tamaño Tumoral y extensión pelviana

De acuerdo a los últimos consensos el tamaño tumoral según la clasificación FIGO, es considerado como una variable independiente en el pronóstico dentro de cada estadio.

El año 2009 se añadió como parámetro para el estadio IIA (para distinguir entre tumores superior a 4 cm de diámetro) la categoría

IIA1 y IIA2 debido a su valor pronóstico y directa influencia en la sobrevida post tratamiento. ^(22,23)

Se ha podido establecer que existe una directa relación entre el tamaño tumoral y la probabilidad de infiltrar parametrios, vagina, etc., incluso en las primeras etapas de la enfermedad IA y IB, siendo más favorable el pronóstico en tumores <3cm de diámetro. Además, el tamaño tumoral y el compromiso parametrial y/o vaginal se asocian a la recurrencia post Radioterapia en pacientes clasificadas en estadio I y II con tumor > a 5 cm, alcanzando cifras cercanas al 8% a los tres años de seguimiento. ^(26, 27)

Para finalizar es importante señalar que si bien la clasificación establecida por la FIGO es clínica, se destaca la importancia de evaluar otros factores como: tipo histológico del tumor, la edad, factores raciales, condición socioeconómica, nivel educacional, acceso a salud, área de residencia, historia de tamizaje, esquema de tratamiento y serotipo viral, que también han sido reportados como factores pronósticos. ^(29, 30)

Tipo Histológico.

El estudio histopatológico es fundamental en el diagnóstico del CaCu, distinguiéndose dos grandes tipos histológicos, el

carcinoma de células escamosa que representa el 80% - 90% y el adenocarcinoma el 10%-20% de los cánceres. En la actualidad su valor pronóstico es controvertido, en estudios multicéntrico y grandes cohortes han se ha visto que la tasa de sobrevida libre de enfermedad a cinco años, es mayor para el tipo escamoso v/s adenocarcinoma (81 % v/s 72% $p < 0,001$), observándose que el riesgo estimado de muerte es 1,9 veces mayor para las mujeres con el tipo histológico adenocarcinoma (31).

ESTUDIOS RELACIONADOS

Bobadilla y cols. (32). Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo en 27 pacientes, con el objetivo de describir la mortalidad postquirúrgica y sobrevida de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervical, con estadio clínico Ia2 y Ib1 que recibieron tratamiento quirúrgico radical. Los resultados refieren que 81.5% de los casos tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 20 años, 92.6% de las pacientes fueron operadas con estadio clínico Ib1 y 7.4 % en el estadio clínico Ia2, 18.5% de los casos del presente estudio tuvo alguna morbilidad quirúrgica, solo se detectó un caso de recidiva a los 12 meses y 4 días para 3.7% de haber terminado el tratamiento onco

específico, mientras que en 96.3% de las pacientes no hubo recaída.

Ruiz y cols. (33). Realizaron un estudio retrospectivo en pacientes de 35 años o menos, con el objetivo de determinar las características clínico patológicas, supervivencia y factores relacionados al pronóstico de pacientes peruanas jóvenes con CC que fueron admitidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), centro de referencia nacional para el manejo de neoplasias, con el fin de evaluar el contexto clínico y epidemiológico de este cáncer en el Perú. Los resultados refieren 98.2% pacientes con neoplasias epiteliales, 84.9% carcinomas de células escamosas, 11.0% adenocarcinomas y 2.4% carcinomas adenoescamosos, de los casos restantes 1.7% tumores mesenquimales.

El tiempo de enfermedad promedio fue de 5.8 ± 5.4 meses. La enfermedad fue sintomática 96,9% de los casos, siendo el sangrado genital el síntoma más frecuente con 83.5%, seguido del dolor pélvico con 41.2% y la descarga vaginal 27.8% y 3.1% fueron asintomáticos. De acuerdo al examen ginecológico, el tamaño tumoral promedio fue de 4.98 ± 1.6 cm. La afectación parametrial estuvo presente en el 75.9% de los casos. Se

encontraron anemia, elevación de creatinina e hidronefrosis en 55.7%, 21.2% y 13.8% de los pacientes, respectivamente.

Cacho y cols. (34) Realizaron un estudio con el objetivo de describir la experiencia y manejo de las pacientes con CaCu y mSNC en un hospital de referencia y la comparación con lo publicado. Los resultados refieren Se revisaron 2,630 casos de CaCu, encontrando 28 pacientes con CaCu y mSNC. La edad promedio al momento del diagnóstico de CaCu fue de 47 años (rango 32-66), el intervalo entre el diagnóstico de CaCu y mSNC fue de 45 meses (rango 3-248), la edad promedio al momento del diagnóstico de mSNC fue de 50 años (rango 33-70); el estado funcional (Karnofsky Performance Score) al momento de la detección de mSNC fue > 80 en 24, 60 en 2 y 40 en 2. El estadio inicial (FIGO) fue IIB en 18, IB en 4 (2 IB1 y IB2 2), IV en 3 y uno para IA, IIIB e indeterminado respectivamente. Por subtipos histológicos, 11 pacientes reportaron carcinoma de células escamosas (epidermoide), 8 adenocarcinoma, 7 de células pequeñas y 2 carcinoma adenoescamoso. El tratamiento inicial para el CaCu consistió en: quimioterapia basada en platino (QT), radioterapia (RT) y braquiterapia en 18 pacientes, cirugía (histerectomía) en 3, QT/RT seguida de cirugía en 3, RT y braquiterapia en 3 y QT en 1. Las manifestaciones clínicas que

llevaron al diagnóstico de mSNC fueron: cefalea en 15 de las pacientes, deterioro del estado de alerta en 7, debilidad focal en 5, náusea/vómitos refractarios en 4, afección de nervios craneales en 3, ataxia en 4 y convulsiones en 3; 14 pacientes presentaron más de un síntoma y dos se registraron asintomáticas.

Michael Villalobos C, y Cols. (35) Realizaron un estudio descriptivo, serie de casos en 453 pacientes con el objetivo de describir la supervivencia global en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino entre el 2009 y el 2013 atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer. Los resultados refieren que 33.77% provenientes del Servicio Metropolitano Norte, 32.45% de ÓHiggins y 33.77 del Maule. La edad promedio fue de 50.21 años. El 83.22% presentaron histología escamosa, 35.76% fueron clasificados en etapa estadio II (FIGO II) y el 38.19% presentaron etapa III (FIGO III), constituyendo ambas el 73.95% de los casos. El 4.25% de los casos estaba en etapa IV (FIGO IV). La supervivencia global fue del 67.05% a 5 años. Según histología, la supervivencia global a 5 años fue del 67.33% para el escamoso y 67.13% para el adenocarcinoma. No se observaron diferencias estadísticamente significativas para esta variable ($p > 0.05$). La supervivencia global para las diferentes

etapas fue: del 90.40% para la etapa I, del 77.8% para la etapa II, del 47.4% para la etapa III y del 26.45% para la etapa IV. Para los estadios, se observaron diferencias estadísticamente significativas, $p < 0.05$.

Aguilar P, Valdivia H. (36) Realizaron un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, tipo serie de casos en 609 historias clínicas de pacientes, con el objetivo de describir las características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente, sitio y tiempo de recurrencia, y sobrevida después de la recurrencia de acuerdo a las variables de pronóstico en pacientes con cirugía radical primaria. Los resultados refieren que la edad promedio al diagnóstico de la recurrencia fue 44.5 ± 8.8 años. La frecuencia de recurrencia fue 37.7% en los primeros 12 meses después de la cirugía, 94.3% a los 3 años y 98.1% a los 5 años. El tiempo promedio desde la operación hasta la recurrencia fue 18.9 ± 5.6 meses. (37.7%) tuvieron recurrencia central, (7.5%) pélvica, (13.2%) pélvica y a distancia y (41.5%) sólo a distancia. La recurrencia a distancia más frecuente fue a ganglios para-aórticos seguidos de pulmón e hígado. Cuarenta y siete pacientes recibieron terapia de salvataje y 6 pacientes tuvieron recurrencia incurable o declinaron a la terapia de salvataje. El tipo de terapia de salvataje fue radioterapia en 45%,

quimioterapia 22.6% y quimio-radiación 16.9%. La recurrencia pélvica y a distancia y sólo a distancia apareció más tardíamente que la recurrencia central o pélvica ($p=0,03$). Así mismo, el tiempo de recurrencia cuando había márgenes quirúrgicos afectos fue menor que en los no afectos ($p = 0,05$). La media de sobrevida después del diagnóstico de recurrencia fue 26.9 meses y la tasa de sobrevida acumulada a 5 años fue 9.4%.

Cristóbal BH y Cols. (37) Realizaron un estudio con 699 pacientes, con el objetivo de reportar la sobrevida en pacientes con diagnóstico de CaCu en etapas IB2 y IIB tratadas en la institución, para así poder realizar una comparación con las tasas de sobrevida de estas mismas pacientes en países desarrollados con buen registro hospitalario. Adicionalmente se calculó el HR para los tratamientos: RT v/s RTQMT. Los resultados refieren que la edad promedio fue de 50 años, 31.24% recibió RT y 68.76% RTQMT. El tamaño tumoral promedio fue 4,5 cm. El 83,63% presentó histología escamosa. La sobrevida global a 5 años fue de 72,53%; la sobrevida según etapa fue 67,69% en las pacientes con etapa IB2 y 73,14% en aquellas con etapa IIB. La sobrevida de las pacientes que recibieron RT fue de 44,62% y para las que se trataron con

RTQMT de 75,55% (Figuras 3 y 4). El HR para la variable tratamiento fue de 0,53 (IC 95%: 0,38-0,74).

Aragón A. y cols. (38) Realizaron un estudio con 748 pacientes, con el objetivo de análisis de frecuencia y supervivencia de diferentes presentaciones clínicas del CCU, en el contexto demográfico de la población asistida en el hospital de referencia en cáncer ginecológico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Los resultados refieren que la media de edad fue 46 años (rango 16-85). Al considerar el total de la cohorte, la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia por causa específica resultaron 55.5% y 59.3% respectivamente, y el 76.9% de los casos correspondía a estadios loco-regionalmente avanzados. Se observó diferencia significativa sola para las variables edad (por grupos) y tamaño tumoral clínico. El 53.6% presentó tumores con diámetros de > 4 cm y el 24.2% > 6 cm. Los valores más bajos de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia por causa específica correspondieron a los subgrupos de tamaño tumoral clínico > 6-8 cm (29.0%, 34.4%) y > 8-10 cm (16.2%, 28.0%). En el análisis comparativo (por parejas sobre los estratos) no encontramos diferencia significativa entre tumores ≤ 2 vs. > 2-4 cm ($p = 0.073$), > 6-8 vs. > 8-10 cm ($p = 0.804$) y > 8-10 vs. > 10 cm ($p = 0.117$). Por el

contrario, existió diferencia significativa entre tumores > 2-4 vs. > 4-6 cm y > 4-6 vs. > 6-8 cm ($p = < 0.001$ en ambos casos). El siguiente valor más bajo de supervivencia por causa específica se presentó en el grupo etario < 35 años (48.3%), el cual representó el 19.4% del total para la variable edad. El 48% de las pacientes de dicho grupo presentó el evento muerte; esto representa el 27% del total de muertes para dicha variable (35-59 años: 58%; ≥ 60 años: 15%). El patrón de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia por causa específica según grupos etarios para cada variable. Tomando como referencia el grupo etario < 35 años, las pacientes en el grupo 35-59 años presentaron un riesgo de muerte del 33%, es decir, probabilidad de morir 67% menor con respecto al grupo de referencia. En las ≥ 60 años, el riesgo de muerte fue 48% con respecto al grupo de referencia. Las pacientes con tamaño tumoral clínico > 4 cm presentaron 5.2 (> 4-6 cm), 14.3 (> 6-8 cm) y 15.6 (> 8-10 cm) veces más riesgo de morir que aquellas con tamaño tumoral ≤ 4 cm.

Aguilar S, y Cols. (39) Realizaron un estudio con 164 pacientes, con el objetivo de analizar los resultados terapéuticos en las pacientes tratadas con criterio curativo por medio exclusivo de RT o radio quimioterapia (RQT). Los resultados refieren que la

edad promedio fue de 51.5 ± 12.7 años (rango 26-82). El tamaño tumoral promedio fue de 5 cm. La anatomía patológica a carcinoma escamoso fue de 95.7%, adenocarcinoma en 3.6% y en un caso carcinoma neuroendocrino. Recibieron quimioterapia 64%, en base a cisplatino semanal, con un promedio de 4.7 ciclos por paciente. El tiempo total de tratamiento promedio fue de 58 días. Se analizó la tasa de control locorregional y la sobrevida a cinco años de la población estudiada por el método de Kaplan-Meier. La sobrevida global fue de 67% a cinco años, mostrando diferencias significativas entre el estadio II (78%) y el estadio III b (49%) a lo largo de todo el tiempo analizado (log-rank test, $p = 0,0002$). muestra las curvas de sobrevida calculadas. Control local inicial en 89% y persistencia 10.3%, recidiva locoregional en todo el período 19.5% metástasis con o sin recidiva local: 10.3% dentro de las cuales 6% fueron lumboaórticas, cinco pulmonares y dos en otras localizaciones.

Villalobos C. M et al. (40) Realizaron un estudio descriptivo de serie de casos, en 43 pacientes, con el objetivo de describir la supervivencia global en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino entre el 2009 y el 2013 atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer. Los resultados refieren que la edad promedio fue de 50.21 años, 83.22% presentaron histología

escamosa, 35.76% fueron clasificados en etapa estadio II (FIGO II), 38.19% etapa III (FIGO III), constituyendo ambas el 73.95% de los casos. El 4.25% de los casos estaba en etapa I (FIGO IV). La supervivencia global fue del 67.05% a 5 años. Según histología, la supervivencia global a 5 años fue del 67.33% para el escamoso y 67.13% para el adenocarcinoma. No se observaron diferencias estadísticamente significativas para esta variable ($p > 0.05$). La supervivencia global para las diferentes etapas fue: del 90.40% para la etapa I, del 77.8% para la etapa II, del 47.4% para la etapa III y del 26.45% para la etapa IV. Para los estadios, se observaron diferencias estadísticamente significativas, $p < 0.05$.

Silveira Pablos JM y Cols. (41) Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo en 853 pacientes, con el objetivo de describir el manejo de las pacientes diagnosticadas con cáncer cérvicouterino admitidas y atendidas en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Los resultados refieren 69.8 % de las pacientes con CCU tenían edades comprendidas entre 36 y 65 años al momento del diagnóstico, 15.2 % de ellas con edad ≥ 35 años. La media de edad fue 49 años, en cuanto a los antecedentes de citología vaginal realizada, en 56.6% no se realizó la prueba. Se examinaron 370 mujeres, de las cuales,

45.7 % resultaron negativas, 44% se identificaron con lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) de alto grado y (10.3 %) presentaron lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) de bajo grado. El carcinoma epidermoide (CCE) fue la variedad histológica más frecuente, presente en el 88.2 % de las mujeres, seguido en frecuencia por el Adenocarcinoma (ADC) (8.5 %) y el carcinoma adenoescamoso (3.3%). Del total de pacientes, 88.9% fueron diagnosticadas con enfermedad localmente avanzada (estadio clínico IB2 - IVA). Más del 50 % de las mujeres se encontraban en estadio IIB con una media de edad de 48 años (DS \pm 13.5) y mínima de 20. Solo fueron diagnosticadas 95 pacientes (11.1 %) en estadios iniciales del CCU (IA1-IB1). Es importante señalar que 24,2 % de los casos en estadios iniciales tenían edades \geq 35 y una edad mínima de 19 años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer al producir hasta 11 muertes por día, afectando sobre todo al grupo etario de entre 25 a 69 años de edad y solamente es superado por el cáncer de mama. En nuestro país, al igual que a nivel y escala mundial, es considerado un problema de salud pública que se presenta principalmente en la población de nivel socioeconómico bajo, y frecuentemente se encuentra en estadios avanzados al momento de su diagnóstico.

A pesar de los programas de detección establecidos para enfermedad pre invasora, se continúan realizando diagnósticos tardíos, y por lo tanto los tratamientos son poco oportunos y muchas veces de tipo paliativo. Esto origina un mal pronóstico y una menor sobrevida en la paciente.

Los síntomas asociados al cáncer cervicouterino son comunes y poco específicos pero indicativos de una patología que requiere estudio clínico completo con el propósito de establecer el diagnóstico mediante confirmación histológica.

El tratamiento depende del estadio en que se diagnostique, la mayor parte de las veces es multidisciplinaria. Si bien existen

lineamientos generales, el mayor conocimiento de la historia natural de la enfermedad ha dado lugar a circunstancias particulares que tienden a individualizar los enfoques terapéuticos posibilitando la emergencia de tratamientos conservadores tanto en la función hormonal o reproductiva en etapas tempranas.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es un gran problema de salud pública, partiendo de esta premisa es trascendental conocer el cuadro clínico inicial, así como los signos y síntomas que acompaña a este padecimiento, en periodos vitalmente importantes como son los primeros estadios, ya que una de las causas de su alta mortalidad y peor pronóstico es la detección en estadios avanzados.

El cáncer tiene también gran impacto de manera psicológica y laboral al paciente, por lo que es una etiología con causas y consecuencias multifactoriales que también engendra gasto público y recursos, por lo que su abordaje significa una lesión menor en el costo anual de los sistemas de salud.

En este estudio conoceremos los principales datos que nos orienten a un diagnóstico temprano para tener una mejor sobrevida de la que tenemos actualmente a nivel mundial y nacional. De tal manera que podamos impulsar a nuestro sector salud en hacer campañas permanentes para orientar a las mujeres a conocer los síntomas primarios y puedan acudir a una consulta temprana y así evitar complicaciones posteriores y gastos en el tratamiento futuro; así mismo las actividades de prevención son indispensables ya que la detección en estadios

avanzados del cáncer modifica el pronóstico y la mortalidad, las actividades de prevención y el conocimiento de los factores de riesgo es uno de los objetivos de este estudio.

Por todo lo anterior y ante el gran impacto que pudiera ocasionar este estudio decidimos ampliar más el tema realizando este protocolo de investigación y dar a conocer los resultados a nuestra comunidad médica y a las pacientes que pudieran estar presentando cualquier síntoma temprano de esta patología.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación de la clasificación para base diagnóstico y el estadio de las de pacientes con cáncer cervicouterino en derechohabientes del HGZ1 en el periodo enero 2015 a julio 2019?

HIPOTESIS

H1: Existe asociación de la clasificación para base diagnóstico y el estadio de las de pacientes con cáncer de cervicouterino en derechohabientes del HGZ1 en el periodo enero 2015 a julio 2019.

H0: No hay asociación de la clasificación para base diagnóstico y el estadio de las de pacientes con cáncer cervicouterino en derechohabientes del HGZ1 en el periodo enero 2015 a julio 2019.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la asociación de la clasificación para base diagnóstico y el estadio de las de pacientes con cáncer cervicouterino en derechohabientes del HGZ1 en Campeche durante el periodo enero 2015 a julio 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la frecuencia de variables sociodemográficas (edad, tabaquismo, estado civil).

Describir la frecuencia de variables gineco - obstétricas (nuliparidad, número de Gestaciones, anticonceptivos hormonales) y comorbilidades (obesidad).

Analizar las características del tumor (histológica, diferenciación, estadificación, morfología)

Evaluar en cada paciente la base de su diagnóstico con respecto al cáncer.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de cohorte histórica, en el incluyeron a pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino adscritos al HGZ No 1 en la Ciudad de Campeche. En el periodo comprendido del 2015 al 2019. Para la selección de la muestra, se tomaron los siguientes criterios de inclusión: Paciente con diagnóstico de cáncer de útero, derechohabiente del IMSS de Campeche y que aceptaran participar en el estudio. En tanto, como criterios exclusión se estableció a los pacientes que cambiaran de residencia. Se eliminaron a los pacientes con expedientes incompletos.

CUADRO DE DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Cáncer Cervicouterino	Alteración celular originada en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente mediante lesiones precursoras y de lenta y progresiva evolución las cuales pueden progresar a cáncer in situ o cáncer invasor.	SI O NO	Cualitativa Nominal Dicotómica.
Estadío	La etapa (estadío) de un cáncer describe la extensión del cáncer en el cuerpo. Sistema TNM.	Las categorías T se describieron en la tabla anterior, excepto: TX: No se puede evaluar el tumor principal debido a falta de información T0: No hay evidencia de un tumor primario La categoría N describe la propagación solo a los	Cualitativa ordinal

		<p>ganglios linfáticos cercanos al cuello uterino. La propagación a los ganglios linfáticos se considera metástasis (descrito en la categoría M).</p> <p>Las categorías N se describieron en la tabla anterior, excepto:</p> <p>NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a falta de información.</p> <p>NO: No hay propagación a los ganglios linfáticos regionales.</p> <p>N1: El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos.</p> <p>Categoría M: El cáncer se ha propagado a órganos distantes más allá del área pélvica, tales como ganglios linfáticos distantes, los pulmones, los huesos o el hígado.</p>	
Grados de diferenciación	Describe los procesos de transformación de las células inmaduras en células maduras con funciones específicas. En el caso del cáncer, describe cuánto se parece el tejido del tumor al tejido normal en el que surgió el tumor. Las células cancerosas bien diferenciadas se parecen más a las células normales, y tienden a formarse y diseminarse más lentamente que las células cancerosas pobremente diferenciadas o indiferenciadas.	<p>Grado 1</p> <p>Grado 2</p> <p>Grado 3</p> <p>Grado 4</p>	Cualitativa Ordinal
Base diagnóstico	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o entidad nosológica después de obtener los resultados de	<p>Se divide en no microscópico: Clínico, Investigación clínica y marcadores tumorales específicos</p> <p>Y microscópica:</p>	Cualitativa Nominal

	pruebas, como análisis, biopsias, entre otros.	Citología, histología de metástasis, Histología del tumor primario. Dos divisiones aparte: por defunción y de desconocido.	
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Expresada en años.	cuantitativa de razón continua
Índice de Masa Corporal.	El índice de masa corporal es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo	Expresada en KG/M2	Cuantitativa de razón. Discreta.
Tabaquismo.	Adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina.	Si o No	cuantitativa dicotómica
Gestación	Periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento	0 1 2 3 Mayor de 3	Cuantitativa de razón. Continua
Terapia de reemplazo hormonal.	Tratamiento con hormonas para reemplazar las hormonas naturales cuando las que produce el cuerpo no son suficientes durante al menos un año o más.	Hormonal Oral Hormonal Inyectable Implante Subdérmico. Diu liberador de Hormona.	Cualitativa. Nominal. Politómica.
Estado Civil.	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltera Casada Viuda Unión Libre.	Cualitativa Nominal. Politómica.

PROCEDIMIENTOS

Previa autorización del protocolo por el Comité local de investigación y asignación de número de registro del SIRELCIS R-2019-401-035, se realizó el presente estudio siguiendo el cronograma de actividades. Se notificó a las autoridades correspondientes para realizar el estudio de investigación, para lo cual se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

Paso número uno, se identificó en el área de Epidemiología, Ginecología, Medicina Familiar, Oncología, Patología, Radio diagnóstico el nombre y número de seguridad social de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino. En segundo lugar, se procedió a identificar a cada una de las pacientes para requisitar la ficha de identificación de datos y posteriormente la hoja de recolección de datos. En tercer lugar, se revisaron los expedientes de las pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino del HGZ 1 en los archivos digitales y en los sistemas de información y estadística para obtener las variables de estudio. En cuarto lugar, se procedió a categorizar a la base diagnóstica, previa solicitud de consentimiento informado por escrito para la participante. En quinto lugar, según el expediente se estadificó el estadio de cáncer cervicouterino, grado de diferenciación y se obtuvieron datos de variables como: base

diagnóstico, edad, índice de masa corporal, tabaquismo, número de gestación, terapia de reemplazo hormonal y estado civil y en sexto lugar, se recopiló toda la información en hojas de recolección de datos y se procedió a la inclusión en el programa estadístico para su posterior análisis.

Para la clasificación diagnóstica se utilizó el CIE 10, el cual tiene código de clasificación internacional de enfermedades para oncología; y para la estadificación del cáncer se elaboró con base TNM.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la recopilación de la información correspondiente se realizó una base de datos en el programa SPSS estadístico 2019, para él análisis univariado se realizó estadística descriptiva.

Para el análisis inferencial se usó una prueba no paramétrica basada en una tabla de frecuencias simples o también llamada tabla de contingencia, en donde se buscaron las frecuencias esperadas para cada división de valor, la inferencia estadística de las dos variables a estudiar se analizó con el objeto de tener una Chi cuadrada y buscar su valor crítico con intervalo de

confianza 95% y un margen de error del 5% para significancia estadística.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó consentimiento informado a todas las personas que decidieron participar en el estudio y en la recopilación de datos del expediente, previa explicación amplia catalogando como de riesgo mínimo, a expensas de la autorización del comité de ética del HGZ1 MF de la cd. De Campeche. Se realizó el presente estudio de acuerdo con las normas contempladas en la Ley General de Salud en materia de investigación y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983 que a la letra dice en sus principios básicos: El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9). El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los

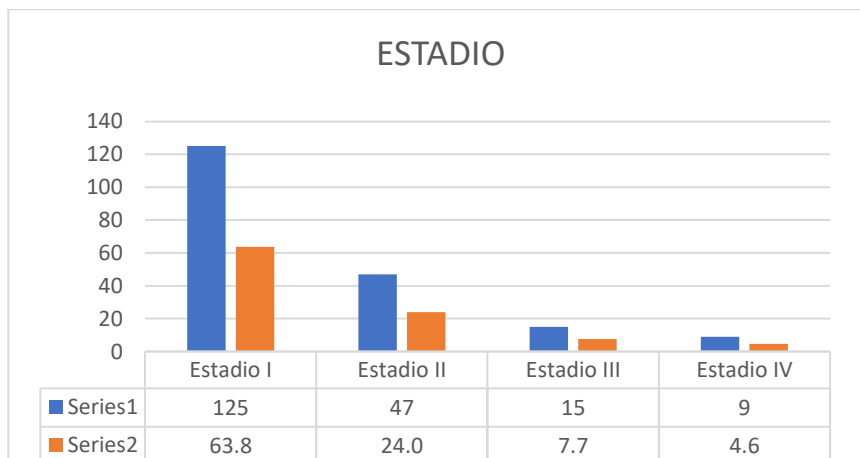
individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25).

RESULTADOS

Se encontraron en total 196 pacientes con diagnóstico de CaCu que cumplieron con los criterios de selección para el presente estudio.

En cuanto al Estadio al momento del diagnóstico se encontró 125 casos (63.8%) en Estadio I, siendo el de mayor predominio, seguido de 47 casos (24%) en el Estadio II, 15 casos (7.7%) en el Estadio III y en el Estadio IV 9 casos representando el 4.6%.

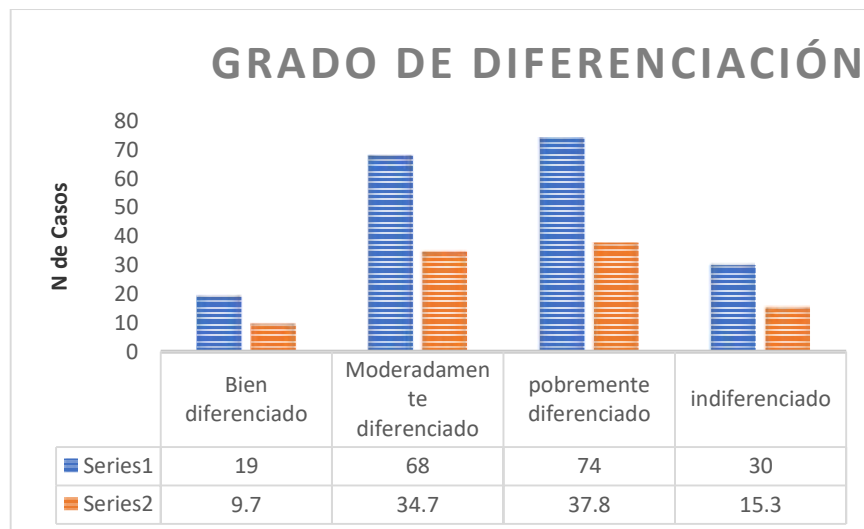
Se encontró para Base diagnóstica método microscópico, citología e histología en 70(35.71%) y 126 (64.28%) respectivamente. No se encontró casos en la que por clínica, investigación clínica o Marcadores tumorales específicos haya establecido el Diagnóstico.



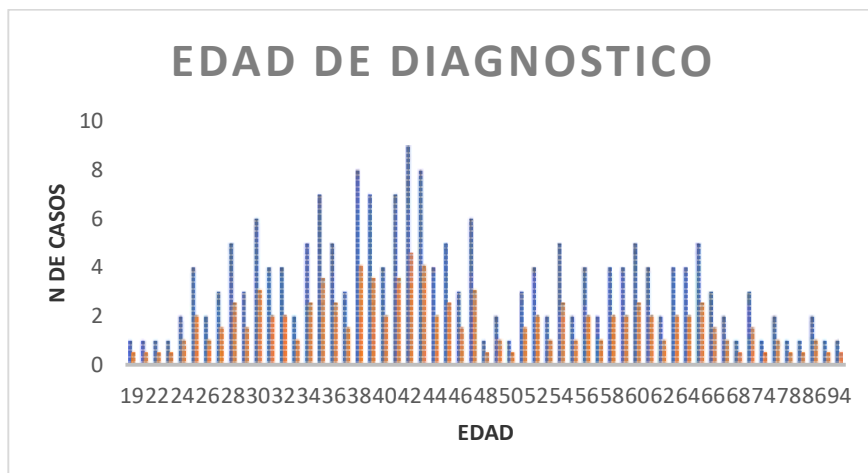
De las pacientes cuya base diagnóstica fue la citología se encontró 67.14% en Estadio I, 24.28% en estadio II, ningún caso en estadio III y 8.57% en estadio IV. TABLA 2

De las 126 pacientes con base diagnóstica por histología el 61.9% se encontró en Estadio I, 23.8% en Estadio II, 11.9% en Estadio III, y el 2.3% en estadio IV.

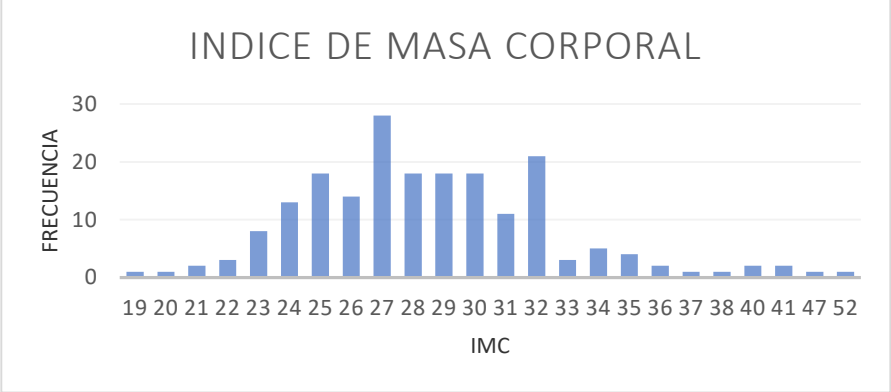
El Grado de diferenciación que se reportó fue: Pobremente diferenciado con 74 casos que corresponde al (37.75 %), Moderadamente diferenciado 68 casos (34.69%), Indiferenciado 30 casos (15.30%), Bien diferenciado 19 casos correspondieron (9.69%). En 5 casos no se especificó el Grado de Diferenciación en el expediente clínico que corresponde al 2.55%



La edad en años en la que se realizó el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino fue entre 19 y 94 años con una media de 46.3 años, siendo la de mayor frecuencia de presentación 42 años con 9 casos (4.5%), seguido de 38 y 43 años con 8 casos en cada uno (4.0%).

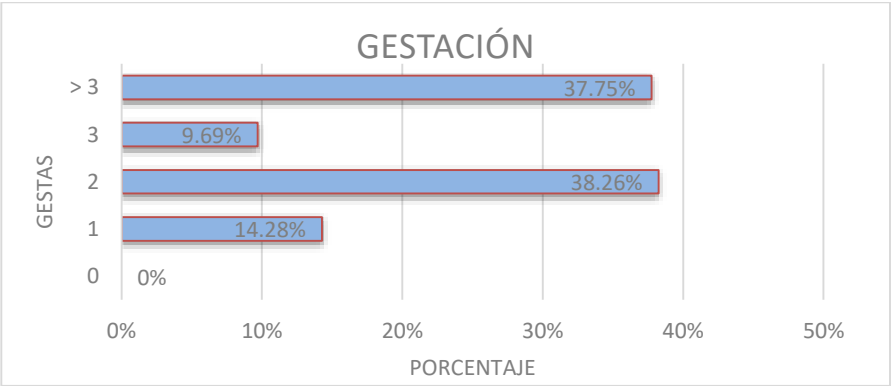


El índice de masa corporal que predominó fue de 27Kg/m², con una desviación tip de 4.402.

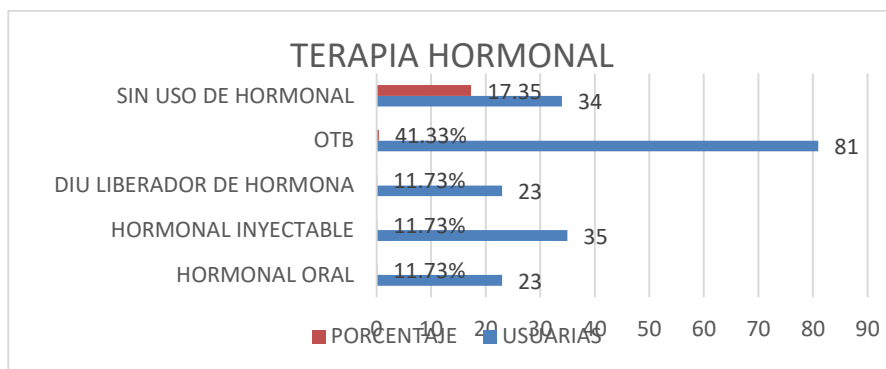


De los 196 casos encontrados se encontró Tabaquismo en 59 casos lo que representa el (30.10%).

En cuanto a la Gestación no se encontró algún caso con nuliparidad, con 1 Gesta se encontraron 28 casos (14.28%), con Dos Gestas: 75 (38.26%) Tres Gestas: 19 (9.69%), con más de 3 Gestas: 74 (37,75%).

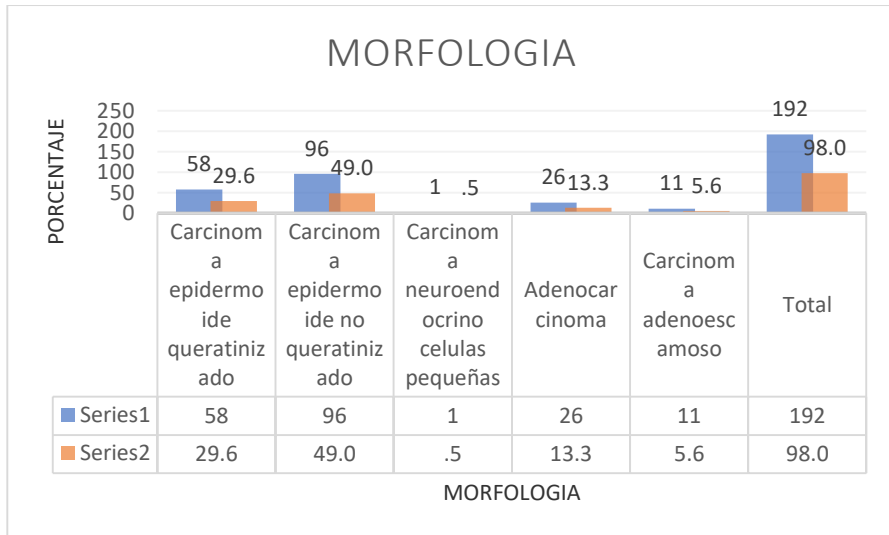


Usuaris de Terapi hormonal de reemplaço se encontró con usó Hormonal oral 23 pacientes (11,73%), hormonal Inyectable 35 pacientes (17,86%), con implante subdérnico 0 pacientes y con Diu liberador de hormona 23 pacientes (11,73%), siendo el que predominó la OTB con 81 pacientes (41,33%), y sin uso de terapi hormonal 34 pacientes (17,35%).



En cuanto al estado civil, predominó en casadas con 148 casos 76% y soltera con 48 casos 24 %

En cuanto a la Morfología se encontró que el Carcinoma epidermoide no queratinizado con 96 casos fue de un 49%, seguido de Carcinoma epidermoide queratinizado con 58 casos en el 29.6%, Adenocarcinoma con 26 casos en el 13.3%, Carcinoma Adenoescamoso con 11 casos en el 5.6% y 1 caso de Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas representando el 0.5%. En 4 Casos no se registró de la morfología que corresponden a un 2%.



DISCUSIÓN

En este estudio pudimos observar que al momento del diagnóstico el estadio más frecuente del cáncer cervicouterino fue el estadio 1 seguido del estadio 2 en una amplia proporción con respecto al estadio 3, lo que coincide con estudios realizados por otros autores como Silveira y Sarria en donde se observa que casi el 80% del total de los casos al momento del diagnóstico correspondía a los estadios iniciales seguidos en mínima proporción pero no tan bajos en frecuencia por los estadios 3 y 4. ⁴¹

Las bases diagnosticas más comunes fueron la histología y la citología, superando la histología como método diagnóstico a casi el doble de proporción con respecto a las citologías realizadas en primer y segundo nivel, esto contrasta de manera no muy alejada con algunos estudios como los de Gurdían quien en una muestra de 980 pacientes una proporción casi de 50% y 50% se dividieron en diagnósticos por medio de citología e histología en el primer y segundo nivel de atención. ⁴¹

El grado de diferenciación del cáncer fue concluyente mayoritariamente en pobremente diferenciado con 74 casos y moderadamente diferenciado con 68 casos, teniendo indiferenciado y bien diferenciado un porcentaje menor, esto

tiene similitud a diversos estudios como los realizados por Torres y Cols, donde siempre el grado pobremente diferenciado se observó más en una muestra significativa de pacientes.⁴²

La edad más frecuente de presentación del cáncer cervicouterino fue alrededor de los 40 años, la media de edad encontrada es de 46.3 años, fluctuando entre edades de 19 y 94 años contrasta también con los estudios realizados por Torres y col, en un hospital de la ciudad de México en donde se estudiaron a 1217 pacientes, que la media, fue de 51.9, con una edad mínima de 16 años y la de mayor edad 81 años.⁴²

En este estudio se encontró que 30% de las pacientes tenía antecedente de tabaquismo, lo que contrasta en la publicación de la revista Lancet de estudios epidemiológicos internacionales donde solo se reportó un 8% de consumo de tabaco. También se encontró mayor proporción de presentación del cáncer en pacientes con multiparidad y uso de terapia hormonal, teniendo similitud en este apartado con lo publicado por Lancet en donde el uso de terapia hormonal y la multiparidad representaban un factor de riesgo asociado a la aparición de cáncer cervicouterino.

(44)

En cuanto al estado civil al momento del diagnóstico, predominó en casadas con 148 casos 76%. En el estudio Lancet las

mujeres solteras fueron las que más incidencia tienen en los estudios de Papanicolau, lo que contrasta con lo reportado en este estudio.

La presentación más frecuente de cáncer fue de carcinoma epidermoide no queratinizado y la menos frecuente el carcinoma neuroendócrino, teniendo en este apartado bastante similitud en las cifras de proporción en el estudio cualitativo publicado por Castro en donde el carcinoma epidermoide queratinizado y no queratinizado observó la mayor proporción de casos en cuanto a la morfología se describe.⁴⁵

También con respecto a la morfología Silveira al estudiar una muestra de 853 mujeres encontró una predominancia de Carcinoma epidermoide en el 88.2%. y 87.1% diagnosticadas en estadios localmente avanzados (FIGO 1B2-IVA). La edad al diagnóstico (49.7 años DS: +-13.9) y el estadio del tumor mostraron una asociación estadísticamente significativa con la supervivencia global ($p < 0.005$).⁴¹

Con respecto al análisis estadístico se encontró que la variable base diagnóstico y estadio del cáncer no fueron distribuidas aleatoriamente, sino que guardan asociación estadística con una chí cuadrada de valor 28 con una p menor de .05 para una significancia estadística del 95 % de certeza. Esto guarda

similitud con otros estudios publicados por el instituto nacional de cáncer por autores como Payne en donde existen más diagnósticos por citología que por histología y estos significativamente se hayan más en estadios iniciales que fueron el 1 y el 2. Se determinó asociación estadística sin embargo por la naturaleza del estudio no se pueden concluir factores de riesgo o causales, sino que se tendrían que determinar con estudios más robustos. ¹⁴

CONCLUSIÓN

Existe aún un gran reto en los sistemas de salud y sobre todo en el primer nivel de atención para la prevención e incidencia del Cáncer cervicouterino en las mujeres, pues tal y como pudimos analizar en este estudio sigue siendo la citología cervical que en su mayoría se hace en las unidades de primer contacto, el método diagnóstico que más identifica este tipo de cáncer en etapas prevenibles. Se han realizado importantes avances en los últimos años en la disminución de la mortalidad del mismo y todo esto gracias a los múltiples programas asociados para su detección en estadios tempranos, cuando es el momento más tratable y remisible, representando un mejor pronóstico para la vida y función de los pacientes.

El tamizaje de las lesiones precursoras de cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional reduce la incidencia de cáncer cervical en un 80%, sin embargo, sigue siendo un problema de salud pública, a nivel mundial, representando aún hoy en día el séptimo lugar en la frecuencia global y la tercera causa de cáncer en mujeres.

Son precisamente los países en desarrollo como el nuestro en donde se producen el 88% de las muertes a nivel mundial, lo que evidencia aún la enorme brecha que nos falta para alcanzar.

Tenemos muchas acciones que emprender y proponer, así como programas que tratar de cumplir mejor y lograr metas más eficientes sobre todo en los servicios de medicina familiar en donde las acciones preventivas son fundamentales para la disminución de esta patología, se deben redoblar esfuerzos en estos tamizajes con el trabajo conjunto de medicina preventiva, ya que como se mencionó, es altamente curable cuando se detecta en fases iniciales.

Para ello será muy importante contar con los recursos clínicos y paraclínicos para la atención, la identificación temprana y la referencia oportuna, abordando a cada paciente de manera particular e integral, atendiendo desde su grupo etario, factores de riesgo, entorno familiar y socioeconómico, así como comorbilidades presentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Estimates of worldwide burden of cancer in 2012: GLOBOCAN 2013. International Journal of Cancer [Internet]. 2013; 132(12): [2645-754 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.25516>.
2. Parkin D, Ferlay J, Curado M, Bray F, Edwards B, Shin H, et al. Fifty years of cancer incidence: CI5 I–IX. International Journal of Cancer [Internet]. 2012; 127(12):[2918- 27 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.25517>.
3. OMS. World Health Statistics. 2014.
4. PAHO. Informe Regional sobre el Desarrollo Sostenible y la salud en las Américas 2013: [50 p.]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21428&Item id=
5. Llanes A. El cáncer cervicouterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2011 May-Ag; 1(3):1- 15.
6. Melo G, Waliszewsk S. El virus del papiloma humano. Revista de divulgación científica y tecnológica. 2009 ago;22(2): 21-35.

7. Ministerio de Salud de la República de Argentina. Guía Programática Abreviada para la Prevención del cáncer cérvico-uterino. Programa Nacional de Cáncer Cérvico-Uterino. Argentina: Presidencia de la Nación; 2009
8. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM0104SSA2-1994 Para la prevención detección, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino. México: secretaria de Salud, 2007; 10-14
9. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Cáncer de cuello uterino - -- Versión para profesionales de salud [consultado 23 Jul 2014]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro>.
10. Eurocytology. Tipos histológicos de cáncer de cuello uterino [consultado 29 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.eurocytology.eu/es/course/469>.
11. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Global guidance for cervical cancer prevention and control [consultado 17 Jul 2015]. Disponible en: [http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/gynec-cancer/English version.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/gynec-cancer/English%20version.pdf).

12. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.

13. Secretaría de Salud. [Acciones y Programas > Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018]. 08 de septiembre de 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>.

14. Instituto Nacional de Cáncer (2011^a). Cáncer de cuello uterino, revisión 12 de enero de 2012.

15. SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE CAMPECHE.2015

16. Chhabra S, Bhavani M, Mahajan N, Bawaskar R. Cervical Center In Indian rural women: Trends over two decades. J Obstet Gynaecol. 2010; 30(7):725-8.

17. Goddard M, Smith P. Equity of Access to health care services: Theory and evidence from the UK. Soc Scr Med 2001; 53:1149-62.

18. Palacios M, Lazcano P, Allen L et al. Regional differences in breast and cervical cancer mortality in México between.1979-2006. Salud pública Mex 2009 feb; 51 (2):208-219.

19. Martínez P, Díaz O, Carr P, Varona S, Borrego L, de la Torre A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Mar [citado 2012 Jun 11]; 36(1): 52-65: [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es .

20. Society AC. Cervical Cancer Prevention and Early Detection2012. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/index>.

21. Tamayo L, de la Torre A, Varona S, López J, Areces D. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Sep [citado 2012 Jun 11]; 36(3):422-432. [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300012&lng=es.

22. Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. International journal of gynaecology and

obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics [Internet]. 2009; 105(2): [107-8 pp.]. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020729209000903?showall=true>. 88

23. Benedet J , Jones H, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers-FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2000; 70:[209-62. pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19367689?dopt=Abstract>.

24. Hricak H, Yuck Radiology in invasive cervical cancer. AJR Am Roentgenol 1996 may; 167(1):1101-1108.

25. Kim H, Kim W, Lee M, Song E, Loh JJK. Tumor Volume and Uterine Body Invasion Assessed by MRI for Prediction of Outcome in Cervical Carcinoma Treated with Concurrent Chemotherapy and Radiotherapy. Japanese Journal of Clinical Oncology [Internet]. 2007 November 1, 2007; 37(11):[858-66 pp.]. Available from: <http://jjco.oxfordjournals.org/content/37/11/858.abstract>.

26. Wagner A, Pappas L, Ghia A, Gaffney D. Impact of tumor size on survival in cancer of the cervix and validation of stage IIA1 and IIA2 subdivisions. *Gynecologic Oncology* [Internet]. 2013; 129(3):[517-21 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009082581300156X>.
27. Moore D. Surgical staging and cervical cancer. *Cancer* [Internet]. 2008; 112(9):[1874- 6 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.23386>.
28. Gold M, Tian C, Whitney C, Rose P, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma. *Cancer* [Internet]. 2008; 112(9): [1954-63 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.23400>.
29. Khan M, Partridge E, Wang S, Schiffman M. Socioeconomic status and the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 among oncogenic human papillomavirus DNApositive women with equivocal or mildly abnormal cytology. *Cancer* [Internet]. 2005; 104(1):[61-70 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.21129>.

30. Ibfelt E, Kjar, S K, Hogdall, C. 'Socioeconomic position and survival after cervical cancer: influence of cancer stage, comorbidity and smoking among Danish women diagnosed between 2005 and 2010. Br J Cancer [Internet]. 2013; 109. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2013.558>.

31. The International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical C. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: Collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. International Journal of Cancer [Internet]. 2007; 120(4):[885-91 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.22357>.

32. Bobadilla A, Esperón R, Mora D, Silveira P, Linchenat L, Montero L. Mortalidad postquirúrgica y sobrevida en pacientes con cáncer cervical tratadas con cirugía radical. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2013; 13(1):36-45.

33. Ruiz R, Serrano M, Ruiz E, Mantilla R, Valdivieso N, Olivera M, Álvarez M, Mas L, Gómez H, (2017). Características clínico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades

Neoplásicas. Revista peruana de medicina experimental y salud pública: 34(2): 113-120.

34. Cacho D, Lorenzana M, Reyes S, Cantú L, Herrera G, Granados G, (2017). Manejo multidisciplinario de metástasis a sistema nervioso central en cáncer cervicouterino. Rev Mex Neurociencias 2017; 18(2): 30-38.

35. Michael C, Carolina W, Claudia S, Oscar V, Marcela C, Patricio G. (2016). Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, 2009-2013. Gaceta Mexicana de Oncología: September–October 201615(5),263-267.

36. Aguilar P, Valdivia H. Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. Revista Médica Herediana: 2012 mar 23(1): 113-120

37. Cristóbal B, Marcela C, Fernando V, Apolo S, Patricio G. Análisis de sobrevida en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino IB2-IIB que recibieron tratamiento completo de radioterapia y/o radioquimioterapia en el Instituto Nacional del Cáncer durante el período 1997-2007. Rev. Obstet. Ginecol. hosp. Santiago oriente Dr. Luis tisé brousse. 2011; 6 (1): 27-31.

38. Aragona A, Soderini A, Moschen H, Bonavia E, Garrido R, Cuneo N. Elevada mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires 2018 may, 78(4)10: 77-81.
39. Aguilar S, Dalla Rosa M, De Rosa A, et al. Tratamiento con radioquimioterapia del cáncer de cuello uterino: resultados a largo plazo. Rev Gin Obs. 2018 ene: 10(2): 120-130.
40. Villalobos C. M, Wendling C. C, Sierra H. C, Valencia C. O, Cárcamo I. C, Gayán P. P. Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, 2009-2013. Gaceta Mexicana de Oncología. 2016; 15(5):263-267.
41. Silveira P, Sarria C, Parellada J, Gurdíán L, Esperón N, Bosque D. Manejo terapéutico y supervivencia del cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev. cuba. obstet. ginecol, 2017 abr: 7(12): 98-110.
- 42.-Torres LA,Bustamante JL,Torres RA et al Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1217 pacientes. Seguro Popular. Ginecol Obst et Mex. 2013;81(02):71-76

43. International collaboration of epidemiological Studies of cervical cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16573 women with cervical cancer and 509 women without cervical from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370(95099):1609-1621.

44. - Helberg D, Stendahl U. The biological role of smoking, oral contraceptive use and endogenous sexual steroid hormones in invasive squamous epithelial cervical cancer. *Anticancer Res* 2005;25(4):3141-3146

45.-Castro A. Estudio de análisis cualitativo de las prácticas de autocuidado y atención primaria en mujeres con Cáncer Cervicouterino. Instituto de la Mujer del Estado de Campeche, Fortalecimiento a la transversalidad de la perspectiva de igualdad de género en la administración pública del Estado de Campeche. Nov 2012.

ANEXOS

Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LA BASE DIAGNÓSTICO Y EL ESTADIO DE LAS DE PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO ENERO 2015 A JULIO 2019.
Patrocinador externo:	Ninguno
Lugar y fecha:	San Francisco de Campeche, Campeche, Agosto del 2019.
Número de registro:	R-2019-401-035
Justificación y objetivo del estudio:	Antecedentes El cáncer cervicouterino es un gran problema de salud pública, partiendo de esta premisa es trascendental conocer el cuadro clínico inicial, así como los signos y síntomas que acompaña a este padecimiento, en periodos vitalmente importantes como son los primeros estadios, ya que una de las causas de su alta mortalidad y peor pronóstico es la detección en estadios avanzados. El cáncer tiene también gran impacto de manera psicológica y laboral al paciente, por lo que es una etiología con causas y consecuencias multifactoriales que también engendra gasto público y recursos, por lo que su abordaje significa una lesiva menor en el costo anual de los sistemas de salud. El objetivo en este estudio es que conoceremos los principales

datos que nos orienten a un diagnóstico temprano para tener una mejor sobrevivencia de la que tenemos actualmente a nivel mundial y nacional. De tal manera que podamos impulsar a nuestro sector salud en hacer campañas permanentes para orientar a las mujeres a conocer los síntomas primarios y puedan acudir a una consulta temprana y así evitar complicaciones posteriores y gastos en el tratamiento futuro; así mismo las actividades de prevención son indispensables ya que la detección en estadios avanzados del cáncer modifica el pronóstico y la mortalidad, las actividades de prevención y el conocimiento de los factores de riesgo.

Para la realización de este estudio se investigarán expedientes de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ1 IMSS Campeche, en los archivos digitales y en los sistemas de información y estadística, se procederá y categorizará el base diagnóstico de cada paciente previa solicitud de consentimiento informado para la participación. Posteriormente se estadificará según expediente el estadio del cáncer y se obtendrán datos de variables como la edad, la gestación, información sociodemográfica y antecedentes médicos en historia clínica. Se recopilará toda la información en hoja de recolección de datos y se procederá a la inclusión en programa estadístico para su análisis posterior.

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:	No existe ningún riesgo a la salud física ni mental
Posibles beneficios que recibirá al participar:	Usted contribuirá a conocer mejor la asociación de los estadios de cáncer cervicouterino con su base diagnóstico
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de sus estudios los podrá consultar en cualquier momento dirigiéndose con el investigador que lo está reclutando. Los resultados finales del proyecto estarán a su disposición una vez que este haya concluido

Participación o retiro: Usted es libre de participar o no en este proyecto, sin que su decisión afecte sus derechos como paciente o derechohabiente del Instituto. Si en algún momento desea retirarse del estudio solo deberá notificarlo al investigador que lo está reclutando en este momento

Privacidad y confidencialidad: Los datos serán tratados con absoluta confidencialidad. Existe una sola lista sin copias de los participantes que sirven para el análisis de los resultados, nadie ajeno a este proyecto tiene acceso a los datos personales o resultados de los cuestionarios; las hojas de trabajo que utilizamos no contienen su nombre ni otra información que permita identificarlo.

Beneficios al término del estudio: Se le dará información sobre el padecimiento y la forma de realizar en forma oportuna su detección, con la finalidad de otorgar un tratamiento oportuno

Investigador Responsable: Dr. Francisco Javier Cambranis Martínez

Colaboradores: Dra. Carmen Domínguez Hernández y Dra. Maria Guadalupe Kantún Jiménez.

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	<input type="checkbox"/>	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
Testigo 1	<input type="checkbox"/>	Testigo 2

ANEXO 2.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Asociación de la clasificación de la base diagnóstica y el estadio de las de pacientes con cáncer cervicouterino en derechohabientes del instituto mexicano del seguro social en el periodo enero 2015 a julio 2019.

Nombre: _____

NSS. _____ Fecha _____

1. **Edad** _____ 2. **Edo. Civil** _____

3. **CANCER CERVICOUTERINO** _____

4. BASE DIAGNOSTICO

MACROSCOPICO			NO MICROSCOPICO		
CLINICA	INV. CLINICA	MARCADORES TUMORALES ESPECIFICOS	CITOLOGIA	HISTOLOGIA	DEFUNCION

5. ESTADIO

T	N	M

6. **GESTAS** _____

7. TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Hormonal Oral _____		
Hormonal Inyectable _____		
Implante Subdérmico _____:		

8. IMC.

Sobrepeso (Igual o superior a 25) _____

Obesidad (Igual o superior a 30) _____

9. TABAQUISMO.

Sí _____ No _____

10. DIFERENCIACIÓN

GRADO I Bien diferenciado	GRADO II Moderadamente diferenciado	GRADO III Pobremente diferenciado	GRADO IV Indiferenciado. Anaplásico