

Calidad de vida en mujeres con Cáncer de Cuello Uterino, H. G. Z. 1 Tlaxcala

Flores Zárate Brenda¹, Zepeda Terrones Rosa Elba¹, Montiel Cordero Fernando Manuel²

¹ H.G.Z. con UMF No.2 IMSS Tlaxcala.

² H. G. Z. No.1 IMSS Tlaxcala.

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida en mujeres diagnosticadas con Cáncer de cuello uterino del H.G.Z. No. 1 de Tlaxcala. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se incluyeron mujeres derechohabientes mayores de 18 años diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el periodo comprendido del 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre de 2021. Para evaluar la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios autoaplicables: QLQ-C30 V3 y QLQ-CX24 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer y una ficha de identificación. El análisis de los datos se realizó mediante la prueba estadística de Xi cuadrada y T de student, medidas de tendencia central y frecuencia. **Resultados:** El 65.4% (n:17) fueron diagnosticadas en etapa clínica I de acuerdo a la FIGO. El nivel de calidad de vida se encontró alto en el 65.4% (n:17), la dimensión social resulto ser la más afectada en un 30.8% (n:8). Se encontró un nivel elevado de neuropatía periférica, Linfedema y síntomas menopáusicos. No se encontró diferencia significativa mediante la prueba de chi cuadrada al comparar el nivel de calidad de vida de acuerdo a la etapificación clínica (.251), ni con el tratamiento recibido (.121). **Conclusiones:** El nivel de calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino del H.G.Z. No. 1 de Tlaxcala es alto. El nivel de calidad de vida no está en relación a la etapa clínica del cáncer de cuello uterino, ni al tratamiento recibido.

Abstract

Objective: To determine the level of quality of life in women diagnosed with cervical cancer of the H.G.Z. No. 1 of Tlaxcala. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional and prospective study was carried out. Eligible women over 18 years of age diagnosed with cervical cancer in the period from January 1, 2018 to December 31, 2021 were included. To assess quality of life, the self-applicable questionnaires were used: QLQ-C30 V3 and QLQ-CX24 of the European Organization for Research and Treatment of Cancer and an identification card. The analysis of the data was carried out using the statistical test of squared Xi and Student's T, measures of central tendency and frequency. Results: 65.4% (n:17) were diagnosed in clinical stage I according to FIGO. The level of quality of life was found to be high in 65.4% (n:17), the social dimension turned out to be the most affected in 30.8% (n:8). An elevated level of peripheral neuropathy, lymphedema and menopausal symptoms were found. No significant difference was found using the chi square test when comparing the level of quality of life according to clinical staging (.251), or with the treatment received (.121). **Conclusions:** The level of quality of life in women with cervical cancer from the H.G.Z. No. 1 of Tlaxcala is tall. The level of quality of life is not related to the clinical stage of cervical cancer, nor to the treatment received.

Palabras clave: Cancer cervicouterino, calidad de vida, escalas funcionales, Tlaxcala.

Keywords: cervical cáncer, quality of life, functional scales, Tlaxcala.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neoplásicas son un problema de salud pública a nivel mundial, ya que ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad sobre todo en países en vías de desarrollo, donde el cáncer de cuello uterino (CaCu) tiene tanto tasas de incidencia como de mortalidad elevadas, especialmente en regiones de África, sureste de Asia y América Latina, comparadas con países desarrollados de Europa Oriental, Asia Oriental y el sur de Europa [1], en relación a lo anterior se puede decir que en países en vías de desarrollo 1.9% de las mujeres

desarrolla la enfermedad y 1.1% muere por dicha causa incluso antes de los 75 años, a diferencia de los países de primer mundo, en los cuales la tasa de incidencia es de 0.9% y de mortalidad de 0.3% [2]. En México, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer a pesar de su alta probabilidad de prevención y detección oportuna, tiene una incidencia de 15.5% y mortalidad de 12%. [3]. En el 2016, Tlaxcala reportó una tasa de mortalidad a causa del cáncer de cuello uterino de 5.2 defunciones por cada 10,000 mujeres de 20 a 59 años de edad [4]. El diagnóstico de enfermedades crónicas como el cáncer siempre causa un impacto negativo en la vida de los pacientes, en el caso de las mujeres sobrevivientes al cáncer de cuello uterino tiende a interferir en diversas dimensiones o escalas funcionales, afectando así su calidad de vida [5,6].

Cáncer de cuello uterino

El cuello uterino se encuentra revestido por dos tipos de células, epitelio escamoso estratificado, el cual cubre el exocérvix, y epitelio columnar localizado en el endocérvix, la zona entre estos dos tipos de epitelio se llama zona de transición, dicha zona es la de mayor riesgo de transformación neoplásica [7]. El cáncer de cuello uterino se origina por un crecimiento anormal y descontrolado de las células que forman del epitelio cervical, ya sea de exocérvix (Carcinoma epidermoide, el más frecuente), o endocérvix Adenocarcinoma, originado por diversos factores de riesgo. Éste padecimiento es precedido años atrás por alteraciones celulares precancerosas conocidas como Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo o Alto grado, como actualmente se clasifican por el sistema Bethesda, utilizada de acuerdo a la normatividad oficial vigente para el reporte de resultados de la citología cervical, la cual es el estudio de tamizaje actualmente indicado para la detección de lesiones precancerosas y/o cáncer de cuello uterino en las mujeres de 25 a 64 años de edad en nuestro país [8]. Es importante mencionar que actualmente se ha documentado la capacidad de regresión espontánea en las Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG) en un 60% en un plazo de 12 a 18 meses, incluso hasta en un 91% en tres años, por otra parte, las Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG) pueden presentar una tasa de progresión a cáncer invasor del 1.44% a 2 años; a partir del diagnóstico de LEIBG pueden transcurrir hasta 10 años para su progresión a cáncer in situ [1], tiempo suficiente para incidir en la detección oportuna y un tratamiento que afecte en menor medida la calidad de vida de las mujeres mexicanas [3].

Dentro de los factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones precancerosas y CaCu, la infección de transmisión sexual por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es considerado el principal factor de riesgo, ya que hasta un 95% de los casos de cáncer de cuello uterino se encuentran asociados a dicha infección [7], de los cuales a nivel mundial el 70% corresponde a los tipos oncogénicos 16 y 18, y el resto a otros tipos de VPH considerados de alto riesgo [3]; en México la prevalencia más elevada se presenta en los genotipos 16, 58 y 31 [2,3]. Otros factores de riesgo asociados son: el grupo de edad de 25 a 64 años, tener múltiples parejas sexuales, inicio de la vida sexual a temprana edad, primer embarazo antes de esa edad, multiparidad >3 partos, coinfección por otro agente de transmisión sexual como el herpes simple, estados de inmunodeficiencia como mujeres viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), uso de anticonceptivos orales por más de 5 años, tabaquismo, nunca haberse realizado una citología cervical, desnutrición e incluso nivel socioeconómico bajo [1-3,8,9].

Calidad de vida relacionada a la salud

La definición para el término de calidad de vida puede variar según el autor y el enfoque que éste quiera darle [10], sin embargo, puede entenderse como una autoevaluación subjetiva que involucra creencias, valores, necesidades y actitudes que pueden variar dependiendo del momento que vive el individuo [11]; lo anterior influenciado por factores que determinan su entorno social, y que a su vez influyen en su desarrollo humano,

como lo es acceso a un empleo, vivienda, servicios públicos y de comunicación, seguridad pública, entre otros [12].

La organización mundial de la salud, define la calidad de vida como *“la percepción por parte de una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores”* [13], así mismo considera como características de la calidad de vida las siguientes:

1. Es subjetiva
2. Es multidimensional
3. Considera funcionamientos positivos y negativos [14].

Con lo anterior podemos definir a la calidad de vida como un concepto dual que contempla factores subjetivos (sentimientos: felicidad) y objetivos (percepción: bienestar), por lo que su evaluación se puede realizar de forma cuantitativa y cualitativa [13].

Con el paso del tiempo y la utilización del término CVRS en el área de la salud, a nivel mundial ha surgido desde años atrás la necesidad de crear formatos o cuestionarios (instrumentos) que permitan evaluar o medir el impacto que la enfermedad y los tratamientos tienen en el estado de salud de cada individuo, es decir medir la calidad de vida relacionada a la salud. Para ello las evaluaciones deberán contemplar 3 puntos de suma importancia: centrarse en la opinión del paciente, ser multidimensional y utilizar un instrumento adecuado. El primer punto hace referencia a que solo el paciente puede expresar lo que realmente vive durante el proceso de atención de su enfermedad, el segundo incluye la evaluación de diversos aspectos del paciente como la función física, el desempeño, área social, cognitiva y emocional, entre otros aspectos, los cuales pueden estar interrelacionados entre sí y dependerán de la enfermedad que se estudia; el tercer punto indica que de acuerdo a la enfermedad estudiada se deberá utilizar el cuestionario creado para ello, que permita evaluar los aspectos realmente involucrados en cada enfermedad [10].

La calidad de vida relacionada a la salud puede ser evaluada a través de instrumentos genéricos, específicos (por enfermedades), o dimensiones de funcionamiento. Para ello el grupo WHO QOL de la OMS propone 6 dimensiones a evaluar, cada una con subdominios: físico, psicológico, nivel de dependencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad, religión y creencias personales [14]; en general deberán incluir al menos la evaluación del funcionamiento y bienestar físico, social y psico-emocional [15]. El estudio de la calidad de vida es de gran importancia y utilidad, ya que la información obtenida puede ayudar a crear guías y políticas para la atención de diversas enfermedades, así como evaluar la eficacia de tratamientos como se lleva a cabo en el área de oncología, o incluso como indicador de la calidad del cuidado [10, 12, 14].

2. METODOLOGÍA

Con el objetivo de determinar la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del Hospital General de Zona número 1 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; con una muestra no aleatoria por casos consecutivos, para lo cual se incluyeron a mujeres derechohabientes mayores de 18 años diagnosticadas en el periodo comprendido del 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2021, que desearan participar en el estudio y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: sin distinción del estado civil, escolaridad u

ocupación, que supieran leer y escribir, que no se encontraran embarazadas, con discapacidad física o mental, en etapa terminal o con diagnóstico de otro tipo de cáncer confirmado.

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios autoaplicables de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC): el cuestionario central para calidad de vida versión 3 (QLQ-C30 V3) y el cuestionario específico del módulo para cáncer de cuello uterino QLQ-CX24 [13], y se obtuvieron datos sociodemográficos como la edad, estado civil, escolaridad, ocupación, antecedente de tabaquismo, así como características clínicas como tratamiento recibido y estadificación clínica. El análisis de la información se realizó mediante la prueba estadística de Xi cuadrada y T de student, medidas de tendencia central y frecuencias.

El cuestionario QLQ-C30 V3 se compone de cinco escalas funcionales (física, de rol, cognitiva, emocional y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos), un estado de salud global / escala de calidad de vida, así como preguntas individuales que evalúan síntomas adicionales frecuentes (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea), y el impacto financiero percibido tras el diagnóstico de la enfermedad [16]. Todas las escalas varían en puntuación de 0 a 100, una puntuación de escala alta significa un mayor nivel de respuesta, es decir, una puntuación alta para una escala funcional representa un nivel de funcionamiento alto o saludable, un puntaje alto para el estado de salud global / QoL representa una calidad de vida alta; por otra parte, una puntuación alta para una escala de síntomas representa un alto nivel de sintomatología / problemas (mayor severidad) [17]. El cuestionario QLQ-CX24 de la EORTC, se compone de 3 escalas con varios elementos que evalúan síntomas, percepción de imagen corporal y el funcionamiento sexual (o vaginal), y adicionalmente el linfedema, la neuropatía periférica, los síntomas de la menopausia, la preocupación, actividad y el disfrute sexual [16]; donde las escalas y medidas de un solo elemento tienen una puntuación de 0 a 100. Una puntuación alta para las escalas de síntomas significa mayor severidad de la sintomatología, sin embargo, una puntuación alta para las escalas funcionales representa un alto nivel de funcionamiento [17].

Para obtener la información se acudió al laboratorio de patología de la unidad hospitalaria en cuestión, para identificar a las pacientes con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, previa autorización del personal directivo, posteriormente se obtuvieron los datos de localización de las pacientes de los expedientes clínicos electrónicos y físicos. Se realizó la búsqueda de las pacientes a través de llamadas telefónicas para invitarlas a participar en el estudio, por lo que se realizaron visitas domiciliarias para realizar las entrevistas a aquellas que aceptaron participar, previa autorización mediante la firma del consentimiento informado. Finalmente se realizó la base de datos con la información obtenida, para el análisis estadístico correspondiente.

3. RESULTADOS

Se contó con un reporte de 44 pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino durante el periodo evaluado, de las cuales se incluyeron 26 participantes. La edad de las pacientes fue entre 29 y 68 años con una media de 49, desviación estándar (DE) 9 años y un Intervalo de Confianza 95% (IC) 45.91 – 53.70. El 50%(n: 13) son casadas y el 46.2% (n: 12) tienen un empleo, Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de las mujeres participantes con cáncer de cuello uterino del H.G.Z. N.1

Estado civil	n=26	%
Soltera	3	11.5
Unión libre	5	19.2
Casada	13	50.0
Divorciada	2	7.7
Viuda	3	11.5
Escolaridad		
Primaria	6	23.1
Secundaria	9	34.6
Preparatoria	7	26.9
Licenciatura	3	11.5
Posgrado	1	3.8
Ocupación		
Ninguna	1	3.8
Labores del hogar	13	50.0
Empleada	12	46.2
Antecedente de tabaquismo		
Si Fumo	1	3.8
No fumo	25	96.2

Fuente: Ficha de identificación

En relación al cáncer de cuello uterino, el 65.4 % (n: 17) fueron diagnosticadas en Etapa Clínica I de acuerdo a la FIGO, 73.1% (n:19) fueron diagnosticadas histológicamente con un carcinoma epidermoide y 30.8% (n:8) recibieron como tratamiento histerectomía, Tabla 2.

Tabla 2. Etapificación clínica, clasificación histológica y tratamiento recibido

Etapificación clínica FIGO	n (%)
Etapa I	17(65.5)
Etapa II	1 (3.8)
Etapa III	7 (26.9)
Etapa IV	1 (3.8)
Clasificación Histológica	
Carcinoma epidermoide	19 (73.1)
Adenocarcinoma	7 (26.9)
Tratamiento recibido	
Tratamiento conservador (cono)	4 (15.4)
Histerectomía	8 (30.8)
Quimioterapia	1 (3.8)
Histerectomía + Radioterapia+ Quimioterapia+ Braquiterapia	1 (3.8)
Histerectomía + Radioterapia+ Braquiterapia	5 (19.2)
Quimioterapia+ Radioterapia+ Braquiterapia	4 (15.4)
Radioterapia+ Braquiterapia	1 (3.8)
Histerectomía+ Radioterapia	1 (3.8)
Histerectomía+ Radioterapia+ Quimioterapia	1 (3.8)

Fuente: Expediente clínico

El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento a la fecha en que se evaluaron a las pacientes fue de 1 a 48 meses con una media de 19 y DE 15 meses con un IC de 13.12-25.58.

Con base al cuestionario QLQ-C30 V3, el nivel de calidad de vida en las pacientes con CaCu se encontró alto en un 65.4% (n: 17). Al evaluar el nivel de funcionalidad de las dimensiones o escalas funcionales se encontró que la escala social resultó ser la más afectada en un 30.8% (n:8) de las participantes, Tabla 3.

Tabla 3. Nivel de funcionalidad de las dimensiones de la calidad de vida

Áreas funcionales evaluadas	Alto (n/%)	Bajo (n/%)
Física	23 (88.5)	3 (11.5)
Rol	23 (88.5)	3 (11.5)
Emocional	21 (80.8)	5 (19.2)
Cognitiva	22 (84.6)	4 (15.4)
Social	18 (69.2)	8 (30.8)

Fuente: cuestionario QLQ-C30 V3 de la EORTC

Los síntomas referidos durante la semana previa a la aplicación del cuestionario en las participantes, con mayor nivel de presencia fueron la pérdida de apetito en un 23.1% (n:6), y estreñimiento en un 26.9 % (n:7), los resultados se observan en la Tabla 4.

Tabla 4. Nivel de presencia de síntomas evaluados.

	Alto n (%)	Bajo n (%)
Fatiga	3 (11.5)	23 (88.5)
Náusea o vomito	2 (7.7)	24 (92.3)
Dolor	1 (3.8)	25 (96.2)
Disnea	1 (3.8)	25 (96.2)
Insomnio	2 (7.7)	24 (92.3)
Pérdida del apetito	6 (23.1)	20 (76.9)
Estreñimiento	7 (26.9)	19 (73.1)
Diarrea	4 (15.4)	22 (84.6)

Fuente: cuestionario QLQ-C30 V3 de la EORTC

Por otra parte, el nivel de repercusión que el diagnóstico de cáncer de cuello uterino ha tenido a nivel financiero en la vida de las pacientes se reportó bajo en un 73.1% (n:19).

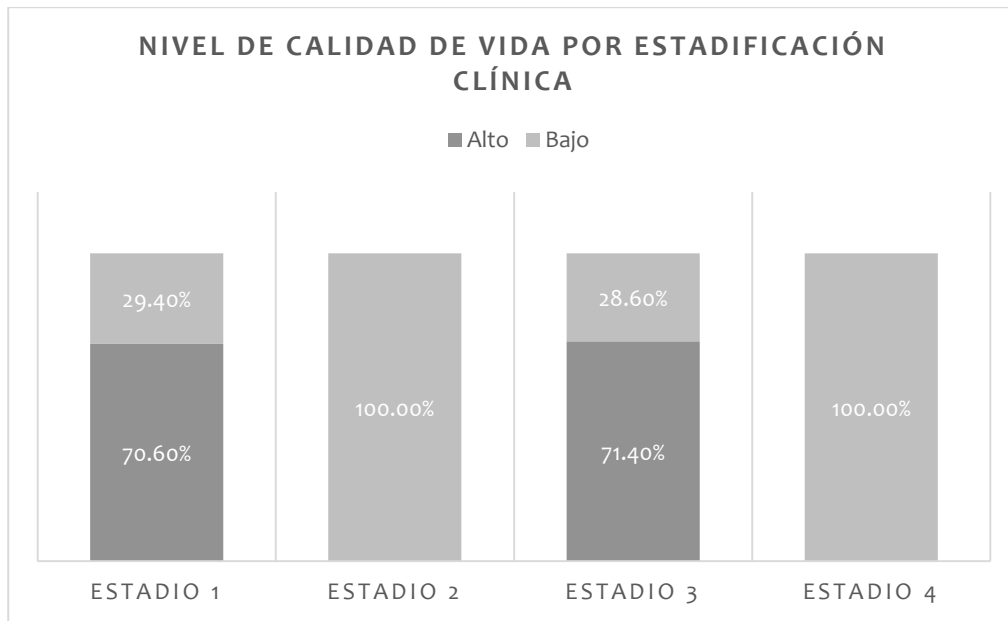
Con respecto a los síntomas específicos evaluados mediante el cuestionario QOL-CX24 se encontró un nivel elevado de neuropatía periférica en un 19.2% (n:5), de linfedema en un 7.7% (n:2) y de síntomas menopaúsicos en un 15.4% (n:4). El 80.8% (n: 21) refirió un bajo impacto en la percepción de su imagen corporal. En cuanto a la funcionalidad sexual, el 50% (n:13) de las pacientes son sexualmente activas, en la Tabla 5 se muestra los resultados de la evaluación en dicha área.

Tabla 5. Niveles de funcionalidad sexual

	Alto n (%)	Bajo n (%)
Preocupación sexual	12 (46.2)	14 (53.8)
Actividad sexual	1 (3.8)	25 (96.2)
Repercusión en funcionamiento vaginal/sexual	4 (30.8)	9(69.2)
Nivel de satisfacción sexual	5 (38.5)	8 (61.5)

Fuente: cuestionario QOL- CX24 de la EORTC

Al comparar el nivel de calidad de vida de las pacientes de acuerdo a la etapificación clínica no se encontró diferencia significativa mediante la prueba de chi cuadrada (.251), Figura 1; el 46.1% (n: 12) de las pacientes con nivel alto de calidad de vida se encuentran en estadio 1.



Chi cuadrada (.251). Fuente: análisis estadístico SPSS.
Figura 1. Nivel de calidad de vida por estadificación clínica

Al comparar el nivel de calidad de vida de las participantes de acuerdo al tratamiento recibido, no se encontró diferencia significativa entre el tipo de tratamiento recibido y el nivel de calidad de vida mediante la prueba de chi cuadrada (.121)

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio, más de la mitad de las participantes tienen un nivel alto de Calidad de Vida (CV), situación similar a la reportada en Hubei, China, donde se encontró que el 58.6% de las pacientes tenían el mismo nivel de calidad de vida [18], por el contrario, en lugares como Cartagena, Colombia donde Castillo A I, Canencia P, y colaboradores, reportaron utilizando la misma escala un puntaje global promedio de 57.9, lo que significa un nivel bajo de CV, relacionado al nivel socioeconómico en las participantes [5].

En el estudio realizado por Singh U, Lata V. M, y colaboradores, donde se evaluaron la CV en mujeres con CaCu al finalizar el tratamiento a los 3 y 6 meses posteriores a éste, se observó un discreto aumento en la calidad de vida, sin embargo, al análisis de los resultados no se reportó una significancia estadística [19].

En un estudio donde se comparó la CV entre pacientes con cáncer de mama y pacientes con CaCu, encontraron un nivel alto de CV en ambos grupos con una puntuación de 75.33 para las mujeres con cáncer de mama y 75.50 para las de cáncer de cuello uterino [20]; las mujeres participantes en el presente estudio tenían en su mayoría más de 1 año de haber concluido su etapa terapéutica, razón que pudo haber influido en la calidad de vida actual como se evidencia en el estudio realizado a las mujeres sudafricanas. En el presente estudio, no hubo diferencia estadística entre calidad de vida con otras variables como estadio clínico, tratamiento y tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la aplicación del cuestionario.

En el presente estudio los resultados son similares a los reportados en el estudio realizado en Taiwán por Huang H-Y, y colaboradores, donde la mayoría de las mujeres evaluadas (77.3%) fueron diagnosticadas en estadio I y en Tlaxcala un 57.6%, en contraste con otros estudios como el realizado en la India por Singh U et al, donde solo se reportó el estadio I en un 11.8% de las participantes [19], así como otros estudios donde reportaron que más de la mitad de los casos se detectaron en estadios III o más avanzados [6,18,21].

Al analizar el tipo de tratamiento que recibieron las pacientes Tlaxcaltecas, la histerectomía se realizó en una tercera parte de los casos, al igual que en estudios previos donde la mayoría son tratadas de esta forma [22, 20, 23], a diferencia de lo reportado por Thapa N, Maharhan M. y colaboradores, en Hubei, China y el realizado en Rio de Janeiro, los tratamientos que fueron indicados con mayor frecuencia fueron la combinación de histerectomía con radioterapia más quimioterapia en un 54%, y la quimioterapia como tratamiento único con un 65% respectivamente [18,21]. En el estudio realizado en Brasil en 2015, hacen mención que aquellas pacientes que recibieron como tratamiento la histerectomía, presentaron mejor nivel de calidad de vida [21], en el presente estudio no se encontró diferencia significativa entre los tipos de tratamiento y la calidad de vida.

En el presente estudio el área funcional más afectada fue la social en una tercera parte de la población incluida, por otra parte el área física se encontró en un nivel elevado de funcionalidad, encontrando similitud con el estudio realizado por Nascimento dos Santos L, donde identificaron que las pacientes tenían un nivel elevado en la misma área, relacionándolo con la ocupación laboral [21], de igual manera en el estudio realizado en Hubei se encontró que en un rango de 71.1% a 89.1% de las mujeres tuvieron un alto nivel de funcionalidad física, encontrando relación con el nivel de alfabetismo de las participantes [18].

En cuanto a los síntomas, solo se encontró la presencia de un nivel elevado de estreñimiento y pérdida del apetito en las participantes, encontrando similitud con otros estudios como el realizado por Thapa N. et al, donde los síntomas con mayor nivel de repercusión reportados por las pacientes fueron los mismos [18].

Un porcentaje elevado de las pacientes refirieron no tener repercusión de la enfermedad sobre la percepción de su Imagen corporal, situación que contrasta con el estudio realizado en Cartagena, Colombia, donde el 37.7% de las participantes reportaron haberse sentido un poco menos atractivas [5].

Finalmente, la vida sexual de las participantes se encontró muy afectada, a casi la mitad de las pacientes les preocupa lo doloroso que podría resultar las relaciones sexuales, además de que la mayoría refieren un nivel bajo de actividad sexual, y la mitad de las participantes que refirieron ser sexualmente activas en las últimas 4 semanas previas a la aplicación de los cuestionarios, refieren un nivel bajo de satisfacción sexual. En el estudio realizado por Thapa N, Maharjan M, et al, en China, del total de mujeres con actividad sexual, el 25% reportó problemas relacionados a la satisfacción sexual [18], en el estudio comparativo entre mujeres sobrevivientes a cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, ambos grupos demostraron tener baja repercusión de la enfermedad sobre su imagen corporal, sin embargo la funcionalidad sexual se vio seriamente afectada en el grupo de mujeres con cáncer de mama y el nivel de actividad sexual en el de cáncer de cuello uterino [20]. Por otra parte, el estudio de Yumi L, Lim MC, Kim SI, et al. mediante el cual se comparó un grupo de pacientes con cáncer de cuello uterino y un grupo control, reportó que el nivel de actividad sexual, la satisfacción y la preocupación por el dolor durante las relaciones sexuales, fue similar entre ambos grupos [23].

Con base a la información obtenida y su análisis, se concluye que el nivel de calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino del H.G.Z. No. 1 de Tlaxcala es alto en la mayoría de sus participantes. En cuanto a las escalas o dimensiones evaluadas, la dimensión social es la más afectada. La sintomatología referida con mayor

frecuencia por las pacientes fue la presencia de estreñimiento, pérdida del apetito y la neuropatía periférica. El nivel de calidad de vida no está en relación a la etapa clínica del cáncer de cuello uterino, ni al tratamiento recibido.

REFERENCIAS

- [1] Hernández-Hernández D.M, Apresa-García T, Patlán-Pérez RM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53 Supl 2: S154-61
- [2] Torres-Poveda KJ, Cruz-Valdez A, Madrid-Marina V. Epidemiología del cáncer cervicouterino. *Gac. Mex. De Oncol.* 2014; 13 Supl 4: 4-17
- [3] Ochoa-Carrillo FJ, Guarneros-De Regil DB, Velasco-Jiménez MT. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gac Mex De Oncol.* 2015; 14(3):157-163. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.08.002>
- [4] Dirección de Atención Especializada a la Salud, Jefatura de Epidemiología. Diagnóstico de Salud del Estado de Tlaxcala 2016. Secretaría de Salud Tlaxcala. 2016. 65-66.
- [5] Castillo-Ávila I, Canencia-Padilla J, Zurbarán-Lamadrid M, Pertuz-Cantillo D, Montes-Padilla M et Jimenez-Chacon E. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia)2012. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015; 66: 21-31.
- [6] Sabulei C, Maree JE, An exploration into the quality of life of women treated for cervical cancer. *Curationis.* 2019; 42(1):1-9. DOI:
- [7] Small W Jr, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM et al. Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer.* 2017; 123(13):2404-2412.
- [8] Modificación a la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. *Diario Oficial* 2007.
- [9] Sánchez- Hernández JA, García-Amaya CV, Muñoz-Zurita G. Tabaquismo y atipias cérvico-vaginales. *Aten Fam.* 2017; 24 (1):3-7.
- [10] Oñate-Ocaña LF, Ochoa-Carrillo FJ. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer. *Gac. Mex. De Oncol.* 2013;12(6):379-381.
- [11] Leppert W, Gottwald L, Forycka M. Clinical practice recommendations for quality of life assessment in patients with gynecological cancer. *Prz Menopauzalny.* 2015; 14(4):271-282.
- [12] Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publ Mex.* 2002; 44(4): 249-361.
- [13] Castañeda-de la Lanza C, O'Shea-C GJ, Narváez-Tamayo MA, Lozano-Herrera J, Castañeda-Peña G, Castañeda-de la Lanza JJ. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gac. Mex. De Oncol.* 2015; 14(3):150-156.
- [14] Urzúa-M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile.* 2010; 138: 358-365.
- [15] Tax C, Steenbergen ME, Zusterzeel PL, Bekkers RL, Rovers MM. Measuring health-related quality of life in cervical cancer patients: a systematic review of the most used questionnaires and their validity. *BMC Med Res Methodol.* 2017;17(1): 15.
- [16] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376.
- [17] Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001. (Solicitado en la página oficial de la organización.
- [18] Thapa N, Maharjan M, Xiong Y, Jiang Y, Nguyen TP, Petrini MA, Cai HB. Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China. *Sci Rep* 2018; 8:11993
- [19] Singh U, Verma ML, Rahman Z, Qureshi S, Srivastava K. Factors affecting quality of life of cervical cancer patients: A multivariate analysis. *J Can Res Ther* 2019; 15: 1338-44.
- [20] Huang HY, Tsai WC, Chou WY, Hung YC, Liu LC, Huang KF, Wang WC, Leung KW, Hsieh RK, Kung PT. Quality of life of breast and cervical cancer survivors. *BMC Womens Health* 2017; 17(1):30.
- [21] Nascimento-dos Santos L, Castaneda L, Sales-de Aguilar S, Santos-Thuler LC, Jorge-Koifman R, Bergmann A. Health-related Quality of Life in Women with Cervical Cancer. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2019; 41(4): 242-248.
- [22] Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014;79(5):368-377
- [23] Yumi L, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of Quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and Healthy Women. *Cancer Res Treat.* 2016; 48(4):1321-1329.

Correo del autor de correspondencia: brendafz.medfam@outlook.com