



**TITULO DE LA TESIS:
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CANCER
CERVICOUTERINO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DEL
AÑO 2004 AL 2008.**

ALUMNA: MARIBEL SOLARES JACINTO

ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA

DIRECTOR DE TESIS: DR. MANUEL PALACIOS MARTINEZ
CENTRO DE INVESTIGACION SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ASESOR DE TESIS: DR. ÁNGEL HERRERA GÓMEZ
SUBDIRECTOR DE CIRUGIA
EN INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

TERCER LECTOR: MTA. JANET REAL RAMIREZ

MÉXICO D.F. AGOSTO 2013

AGRADECIMIENTO

A

Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud y constancia para lograr mis objetivos a pesar de las adversidades.

A mis familiares.

Que siempre han estado a mi lado y me han apoyado siempre que los necesito, por sus consejos y sus palabras de ánimo en los momentos difíciles.

A mi hija.

Por dedicarme parte de su tiempo para realizar esta meta y por ser mi fuerza y fortaleza para seguir adelante

A mis maestros.

Dr. Manuel Palacios por su gran apoyo, motivación y paciencia durante el proceso de elaboración de la tesis; Al Dr. Ángel Herrera por su apoyo ofrecido en este trabajo; A la Dra. Janet Real por estar al pendiente del seguimiento de la elaboración de la tesis y sus palabras de motivación.

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, laboral y por sus palabras de aliento y hasta ahora seguimos siendo amigos: Pilar Baeza, Reyna Zarco y Víctor Saucedo.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino durante la estancia en el Instituto Nacional de Salud Pública.

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DEL AÑO 2004 AL 2008.

OBJETIVO GENERAL: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de cáncer cervicouterino de primera vez atendidas en el INCAN de enero 2004 a diciembre del 2008.

DISEÑO: Descriptivo, tipo serie de casos, observacional, retrospectivo,

MÉTODOS: Se recopilaron los casos de cáncer cervicouterino registrados en el INCAN del periodo 2004 al 2008, se solicitó al archivo clínico del Hospital, se buscaron estos registros en los expedientes físicamente en el archivo clínico, encontrándose los años comprendidos del 2004 y 2005; el siguiente paso y para encontrar más información de los años 2006, 2007 y 2008 se recurrió al expediente electrónico del hospital.

RESULTADOS: De los casos estudiados del año 2004 al 2008 se encontraron 2339 casos diagnosticados con cáncer cervicouterino, el perfil de los casos corresponde al grupo de edad de 35 a 64 años; estado civil casada y viuda, nivel de escolaridad bajo, ocupación hogar, por lugar de residencia y origen se concentraron en la Zona metropolitana, centro y sur, los casos fueron referidos por Centro de Salud y Hospitales Generales, el tipo histopatológico fue 80703 de acuerdo al CIE-10, el estadio clínico que prevaleció fue IIB a IVB, un porcentaje importante no tuvo recurrencia de la enfermedad, la mayoría no contaba con seguridad social, la mayoría no tuvo cumplimiento adecuado de sus consultas (por lo menos a 70%) en cinco años.

CONCLUSIONES: En este estudio se identificaron factores relacionados con cáncercervicouterino como son nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, ocupación hogar, el lugar de residencia zona centro sur, la edad 35 – 64 años, la referencia por médicos particulares y unidades de 1er. y 2º. Nivel, y la falta de seguridad social; que hacen a la población vulnerable, por lo que se deben de realizar acciones de prevención y tamizaje a este grupo para detección temprana de esta patología.

Tabla de contenido

Introducción	5
Antecedentes	7
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema	14
Pregunta de investigación y justificación.....	15
Objetivo general y específico	16
Material y Métodos.....	17
Unidades de investigación	17
Criterios de selección	17
Criterios de exclusión	17
Descripción de variables	18
Procedimientos de recolección.....	18
Plan de análisis de datos	19
Aspectos éticos.....	19
Resultados	23
Discusión	32
Conclusiones y recomendaciones	34
Bibliografía	37
Anexos.....	39

INTRODUCCION

El cáncer cervical es el tercer cáncer más comúnmente diagnosticado y la cuarta causa de muerte por cáncer en las mujeres en todo el mundo, representando 9% (529.800) del total de nuevos casos de cáncer y 8% (275.100) del total de muertes por cáncer entre las mujeres en 2008. Más de 85% de estos casos y las muertes ocurren en países en desarrollo. Las mayores tasas de incidencia se encuentran en el este, oeste y sur de África, así como del Sur-Asia Central y América del Sur. Las cifras son más bajas en el oeste de Asia, Australia, Nueva Zelanda y América del Norte. La carga desproporcionadamente alta de cáncer de cuello uterino en países en desarrollo y en otras partes de las poblaciones médicamente subatendidas se debe en gran parte a la falta de detección en etapas tempranas del cáncer cervicouterino, la falta de infraestructura de atención de salud (1).

Los programas de detección oportuna de América Latina y el Caribe (a excepción de Cuba) han tenido un éxito limitado al mantener las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Malasia. Se han registrado avances significativos en la investigación biomédica y epidemiológica sobre la forma de transmisión del virus y su relación con el desarrollo del cáncer cervicouterino, y se ha logrado una vacuna contra cuatro serotipos del virus. Pero es necesario indagar la dimensión sociocultural de estos problemas y su inclusión en la formulación de la política y promoción de la salud, la calidad de la atención y el fomento de la adherencia de las pacientes a los procesos de cuidado (2).

El cáncer cervicouterino es uno de los problemas más grave en Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia, donde las tasas de incidencia son superiores a 35 por 100 000, mientras que en Puerto Rico es tan sólo de 7.5, la mitad de la tasa global mundial (15.3). Igualmente, la mortalidad es mayor en regiones con deficientes condiciones sociales y económicas, como los extremos norte y sur de Argentina, algunas zonas centrales de Colombia y el sur de Chile. Otro tanto sucede en el sur de México. Los datos disponibles sobre tendencias de la incidencia muestran una reducción en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y

Puerto Rico; no obstante, debe tenerse en cuenta que los registros poblacionales de la región, con excepción de los de Costa Rica y Puerto Rico, cubren áreas urbanas de algunas ciudades y por lo tanto pueden no reflejar la situación general de las áreas con menor acceso a los servicios de salud que posiblemente tengan una mayor carga de enfermedad. El panorama es distinto cuando se evalúan tendencias en la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Puerto Rico es el único país que ha mantenido una tasa por debajo de cuatro muertes por 100 000 desde los años setenta. Chile, Costa Rica, México y Colombia muestran reducciones significativas pero aún tienen tasas de mortalidad sobre cinco por 10 000, y países que ya tenían tasas de mortalidad por debajo de 10 por 100 000 en los setenta como Cuba, Argentina, Brasil y Uruguay, no han logrado mayor descenso en el riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino. Las limitaciones de la cobertura de los registros, las deficiencias en los sistemas de estadísticas vitales y la carencia de información sobre el estadio de los tumores invasores al momento del diagnóstico no permiten valorar si los programas de tamización han tenido un efecto real o si la reducción de las tasas de cáncer de cuello uterino se debe a mejoras sociales y/o a la disminución de las tasas de natalidad. (3)

El cáncer cervicouterino constituye un problema importante de salud pública. En México es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, se sabe que cada dos horas fallece una mujer por causa de esta neoplasia y que la mayor parte de ellas jamás se había sometido a un estudio citológico cervicovaginal. En México durante el año 2008 se registraron 4031 (tasa 7.4) nuevos casos de Cáncer Cervicouterino ocupando así la doceava causa de mortalidad en mujeres a nivel Nacional; los estados con mayor tasa se encuentran Chiapas (14.3), Nayarit (13.4) y Colima (12.7). (4)

ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Colombia, en el año 2007 a una cohorte de estudio se encontró un número importante de casos de cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años de edad, atribuido al inicio temprano de la actividad sexual, igualmente se documentó aumento de la frecuencia en mujeres de 70 y 80 años, además de que se evidenció un alto nivel de pobreza, bajos niveles de escolaridad, predominio notable de los estadios tardíos.(7) En Nepal se realizó un estudio retrospectivo de 10 años de carcinoma cervical en el 2009 en donde se encontró que la frecuencia máxima en mujeres de 40 a 49 años, el carcinoma de células escamosas representó el 40% de los casos, 4% adenocarcinoma y el 1.1% de los casos eran variedad mixta, 43% eran fumadores, 5% tenían antecedentes familiares positivos.(8) En un estudio retrospectivo llevado a cabo en el Hospital General de México en el año 2007, se analizó en un periodo de dos años la frecuencia y etapas clínicas de cáncer cervicouterino, en él se observó que la edad media de los pacientes con NIC 1 fue de 38 años; la de aquellas con carcinoma in situ, 40.5 años y de 50 años la de cánceres invasores: para las de etapa III, 56 años, y la de la etapa IV, 53 años, las pacientes con cáncer micro invasor tuvieron una edad media de 45 años y las de estadio 1B, 46 años.(9) En contraste en un estudio realizado en 2003 basado en 350 mujeres israelíes con diagnóstico confirmado de carcinoma cervical de células escamosas durante un periodo de tres años. Se encontró que la media de edad de las pacientes fue de 50.3 años. El porcentaje de pacientes diagnosticados es estadio I fue de 47.7%. La supervivencia a cinco años y la supervivencia en estadio I fue de 70% y 83.8% respectivamente. El porcentaje de las pacientes recién diagnosticadas en estadio I y la supervivencia a cinco años fue significativamente alta que en otros grupos étnicos.(10)

MARCO TEORICO

DEFINICION: El Cáncer Cervicouterino (cacu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, éstas se pueden suceder en etapas de displasia severa, y pueden evolucionar a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o cáncer invasor la lesión traspasa la membrana basal (11)

El cacu es una enfermedad de lenta progresión que se desarrolla como consecuencia de una infección persistente por alguno de los tipos del virus del papiloma humano (VPH) identificados como de alto riesgo y vinculados con el cacu; éstos ocasionan de forma gradual lesiones epiteliales de bajo o alto grados en la región cervical (displasias) y, en ausencia de tratamiento, evolucionan hacia el cacu. Dicha transformación tiene lugar en un periodo de 20 a 30 años a partir de la infección (12)

EPIDEMIOLOGIA

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, misma que puede ser asintomática por largos periodos de tiempo. Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino (cacu), y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar cacu. El riesgo y la sintomatología del VPH son distintos entre hombres, en los que generalmente es asintomático, y mujeres, quienes llegan a desarrollar inflamaciones del tracto reproductivo. De más de 100 tipos de virus que existen, 15 serotipos se consideran de alto riesgo, y dos de éstos (16 y 18) originan 70% de los casos de cacu. El cacu es la segunda causa de muerte de mujeres mayores de 25 años en México y Sonora. (13)

En 2008 se registraron 4031 defunciones por cacu a nivel nacional, con una tasa de 9.1 por 100 000 hab. Chiapas registro la tasa más alta de 14.3, Nayarit con 13.4 y Colima con 12.7 por 100,000hab. (14)

FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN

El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo que el cacu sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente.

Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.

Actividad sexual a temprana edad.

Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.

Verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales.

Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.

Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia.

El cacu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.

Persistencia viral. Común entre los tipos virales de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer. La persistencia puede inducir cambios genéticos secundarios dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.

Uso prolongado de anticonceptivos orales. La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona.

Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral.

Coinfección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpes virus humano tipos 6 y 7(HHV-6), detectados todos en el cérvix.

Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales.

Predisposición genética. Representa 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad.

Variantes virales intratipo(15).

Clasificación FIGO

Estadío I: El estadio I es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

Estadío IA: carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en estadio IB: La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho. [Nota: *la profundidad de la invasión debe ser 5 mm o menos desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular, ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación.]

Estadío IA1: invasión medida del estroma 3 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.

Estadío IA2: invasión medida del estroma más de 3 mm pero 5 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.

Estadío IB: lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones pre clínicas de mayor extensión que el estadio IA.

Estadío IB1: lesiones clínicas 4 cm o menos de tamaño.

Estadío IB2: lesiones clínicas con tamaños mayores de 4 cm.

Estadío II: En el estadio II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega a la sección tercia inferior.

Estadío IIA: no hay complicación obvia del parametrio, hasta dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.

Estadío IIB: complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Estadío III: El estadío III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica o implica el tercio inferior de la vagina. Acorde al examen rectal, no hay espacio sin cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

Estadío IIIA: Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.

Estadío IIIB: Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.

Estadío IV: El estadío IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal.

Estadío IVA: Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.

Estadío IVB: Propagación a órganos distantes (16).

CRITERIOS DE REFERENCIA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CACU

- Todas las mujeres pos menopáusicas que presentan sangrado transvaginal para valoración ginecológica.
- Si se sospecha cáncer durante la exploración ginecológica o durante la toma de la citología cervical.
- Deberán ser referidas de forma inmediata al especialista las pacientes quienes en la exploración de cérvix se observen signos y haya síntomas de cáncer cervical.

Ante la sospecha o confirmación de cáncer de cérvix asociado al embarazo, el envío debe ser inmediato al especialista, para evaluación y seguimiento cuando la citología cervical reporte:

- ❖ Células escamosas atípicas de significancia desconocida (ASCUS)
- ❖ Células escamosas atípicas en quien una lesión de alto grado no puede ser excluida (ASC-H)
- ❖ Células glandulares atípicas (AGC)
- ❖ Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL)
- ❖ Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL)
- ❖ Algún tipo de célula cancerígena o de cualquier estirpe celular

Envío a complementación diagnóstica por biopsia las situaciones en donde exista duda acerca de si puede haber cáncer o cuando exista condilomas en forma masiva, atípica y/o neoplasia no curada, deberá sospecharse si la lesión tiene alguna de las siguientes características: pigmentación, sangrado, úlcera persistente, prurito.

Si la citología muestra como resultado cáncer cervical; Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) o un adenocarcinoma in situ (AIS), como nuevo diagnóstico deberán ser vistas en la Clínica de displasia o módulo de Colposcopia en un tiempo no mayor de tres semanas y para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG) y de células glandulares atípicas (AGC) dentro de seis semanas basal (17)

ASPECTOS GENERALES DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Los tratamientos estándares para los pacientes con cáncer del cuello uterino incluyen:

- ❖ Cirugía.
- ❖ Radioterapia.
- ❖ Quimioterapia

PREVENCION

En décadas recientes se han desarrollado nuevas intervenciones para fortalecer la prevención contra el cacu. Entre ellas figura el desarrollo de la vacuna en contra de los dos tipos más frecuentes del VPH de alto riesgo y la detección de infecciones por el VPH mediante la captura de híbridos (CH). Puesto que la vacuna sólo confiere inmunidad para los tipos de VPH precursores de 70% de los casos de cacu; resulta necesario continuar con el tamizaje para la identificación de los casos sin protección inmunológica por vacunación.

Entre los hallazgos notificados en las publicaciones destacan los siguientes:

La efectividad de la vacuna es mayor cuando se aplica a mujeres que no han iniciado vida sexual, por lo que la mayor parte de los trabajos publicados emplea un análisis de cohorte mediante modelos matemáticos en poblaciones de niñas con edades de 10 a 13 años.

Existe un modelo matemático según el cual la vacunación para hombres no es efectiva en términos del costo si la cobertura de vacunación contra el VPH es muy alta en la población femenina.

Los ensayos clínicos indican que la vacuna no ofrece ningún beneficio significativo en mujeres ya infectadas con alguno de los tipos de VPH incluidos en el biológico.

Sólo existe evidencia de ensayos clínicos que avala la efectividad de la vacuna por cinco años; empero, aún suscita cierta incertidumbre la aplicación de dosis de refuerzo para mantener un porcentaje alto de respuesta inmunitaria durante los 20 a 30 años requeridos para evitar el desarrollo del cacu.

El método de tamizaje por CH es mucho más sensible (85-87%) que el tamizaje por Papanicolaou (58.4%), lo que supone una potencial disminución significativa de falso-negativos.

La toma de muestra para CH es más sencilla en comparación con el Papanicolaou, ya que no requiere equipo o personal especializado.

El procesamiento de la muestra por CH es automatizado, de tal manera que se agiliza el tiempo de obtención y la homogeneidad de los resultados. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cacu es prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención. Los programas que poseen una red de servicios estructurada, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer (6).

La disminución gradual de la tasa de mortalidad en México, que inició a principios de los años noventa, ha sido más rápida en los últimos seis años, como resultado de la confluencia de diversos factores: incremento en cobertura y creación de servicios de colposcopia y centros oncológicos, así mismo, se mejoró la infraestructura, el equipamiento y la formación de recursos humanos. Otros aspectos fundamentales son la mejoría en la calidad de vida de la población, la mayor conciencia de la mujeres sobre la importancia de la prevención, y aun mayor apoyo político y financiero que ha permitido incrementar la cobertura de detección y el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y del cacu. Si bien podemos considerar que ha habido avances, no son suficientes para una patología considerada altamente prevenible. (5)

La incorporación de nuevos programas como el seguro popular y la incorporación del cacu en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos ha permitido que haya una mejor detección en el primer y segundo nivel de atención en etapas tempranas del cáncer lo que ha aumentado y ha mejorado el sistema de referencia a hospitales e instituciones de tercer nivel para un tratamiento oportuno y así evitar la mortalidad de este cáncer.

Debido al impacto negativo en la población que muestra el cacu en nuestro país se considera un problema de salud pública, actualmente se desconocen la distribución y frecuencia de estos casos, y otras características socio demográficas en sectores poblacionales específicos como la que se concentra en hospitales de Referencia como el Instituto Nacional de Cancerología.

LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los casos de cacu del año 2004 al 2008 registrados en el Instituto Nacional de Cancerología?

JUSTIFICACION

El cacu es un problema de salud prioritario no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad 100% prevenible. En el mundo, este padecimiento ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres cada año; En México la mortalidad por cacu ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso de 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor Índice de Desarrollo Humano y en zonas rurales, por lo que el cacu está contemplado dentro del PND 2007 – 2012: Igualdad de oportunidades en salud y en PRONASA en el Objetivo 1: Mejorar las condiciones de salud de la población: Meta 1.6 Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cacu por 100,000 mujeres de 25 años y más. Como estrategia de apoyo para disminuir el cacu desde 2004 se financia a través del Seguro Popular de Salud para mujeres sin seguridad social, ya sea mediante el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), en el caso de las displasias, o el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), para etapas más avanzadas. (5)

En el Instituto Nacional de Cancerología se incorporó el seguro popular en el año 2005 y se anticipó mayor referencia de casos detectados como cacu.

En este estudio se pretende analizar las características sociodemográficas y clínicas de los casos de cacu del año 2004 al 2008 registrados en el Instituto Nacional de Cancerología con la finalidad de conocer el comportamiento del cacu en el tipo de población atendida en esta institución.

OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de cacu de primera vez atendidas en el INCAN de enero 2004 a diciembre del 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Identificar las características socio demográficas de los casos de cacu de los años 2004 a 2008 [edad, estado civil, entidad federativa, escolaridad, nivel socioeconómico, derechohabiencia, ocupación, referencia)
- ❖ Examinar las características clínico - epidemiológicas de los casos de cacu de los años 2004 a 2008 (de acuerdo al estadio clínico, diagnóstico histológico, recurrencia, cumplimiento del seguimiento)

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

- ❖ Diseño del estudio: Descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos.
- ❖ De acuerdo con la tipología utilizada por Feinstein AR, 1985
 - ❖ Por la Finalidad del estudio:descriptivo
 - ❖ Por el Control de asignación aleatoria de los factores de estudio: observacional.
 - ❖ Por el Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos: retrospectiva

UNIDADES DE INVESTIGACION

Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos electrónicos de los casos registrados de cacu por la institución de cinco años, periodo comprendido de enero del año 2004 a diciembre 2008.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se seleccionaron los registros del archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología atendidas por primera vez con diagnóstico de cacu de enero del 2004 a diciembre del 2008.

Completos de acuerdo a la información requerida.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Registros repetidos

Expedientes incompletos

Expedientes con diferente fecha a la atención de primera vez del año correspondiente.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminarán los expedientes electrónicos que no concreten con el diagnóstico definitivo de cacu.

DESCRIPCION DE VARIABLES

Sociodemográficas: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, Lugar de residencia, Lugar de origen, nivel socioeconómico, seguridad social y referencia.

Clínico epidemiológicas: diagnóstico histopatológico, estadio clínico, recurrencia, cumplimiento del seguimiento.

La operacionalización de las variables se encuentra en los anexos 1 y 2.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para buscar los casos de cacu registrados en el INCAN del periodo 2004 al 2008, se solicitó al archivo clínico del Hospital, el registro que se tenía de dichos casos, posteriormente se buscaron estos registros en los expedientes físicamente en el archivo clínico, recuperándose los años comprendidos del 2004 y 2005 en donde se eliminaron registros no encontrados o que no correspondían al diagnóstico de cacu; el siguiente paso y para encontrar más información de los años 2006, 2007 y 2008 se recurrió al expediente electrónico del hospital; El expediente electrónico es un "Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integridad la atención y cuidados de salud".

Los datos se obtuvieron:

Se realizó una lista de los registros de los expedientes del cacu en el Instituto Nacional de Cancerología.

Se revisó los expedientes electrónicos de los registros

Se obtuvieron los datos, y se capturaron en la base de datos

PLAN DE ANALISIS DE LOS DATOS

Se realizó el análisis uní variado (frecuencias simples, frecuencias relativas, distribución de frecuencias para cada variable, medias, desviaciones estándar, mediana y cuartiles).

Se realizó análisis bivariado: Se emplearán medidas de asociación entre las variables estudiadas. Chi² para variables categóricas.

Para el procesamiento estadístico se utilizó el paquete estadístico STATA Versión 11.

ASPECTOS ETICOS

1. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

2. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Cuando el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento de su tutor legal.

3. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

4. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con

las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

5. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

7. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

8. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

9. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

10. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

11. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

12. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

13. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

14. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación. 24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea

necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

15. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

16. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación. (19)

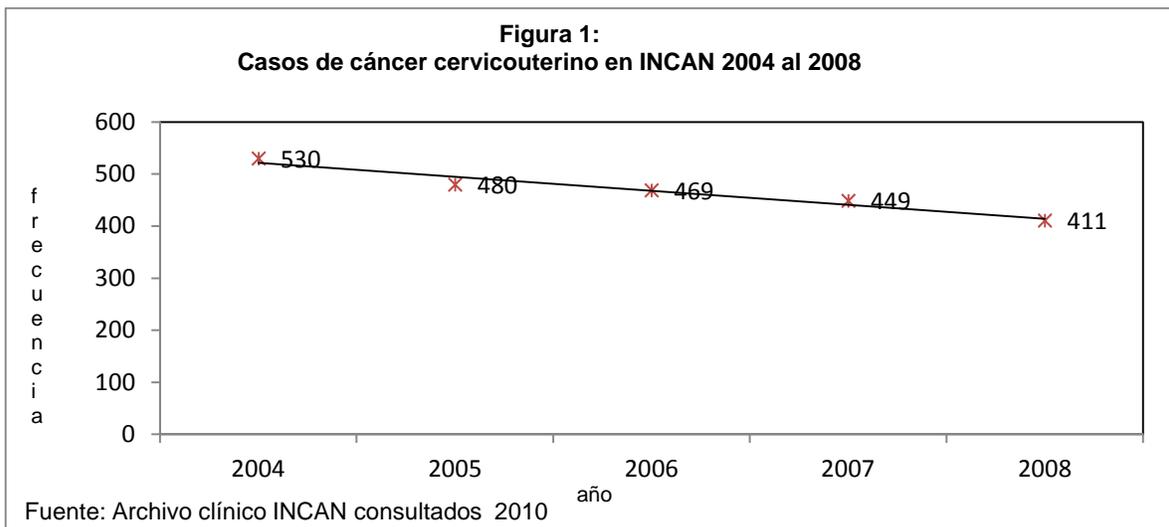
La presente Investigación se clasifica como sin riesgo de acuerdo al Reglamento de La Ley General de Salud en materia de la Investigación para la salud, México; Hace referencia que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (20)

RESULTADOS

De los 2359 expedientes revisados de 2004 al 2008 se integró el diagnóstico de cacu de 2339 casos, la distribución por año de diagnóstico se presenta en la tabla número uno.

Tabla 1: Casos de cáncer cervicouterino registrados en INCAN 2004 al 2008		
año	Frecuencia	%
2004	530	22.7
2005	480	20.5
2006	469	20.1
2007	449	19.2
2008	411	17.6
Total	2,339	100.0

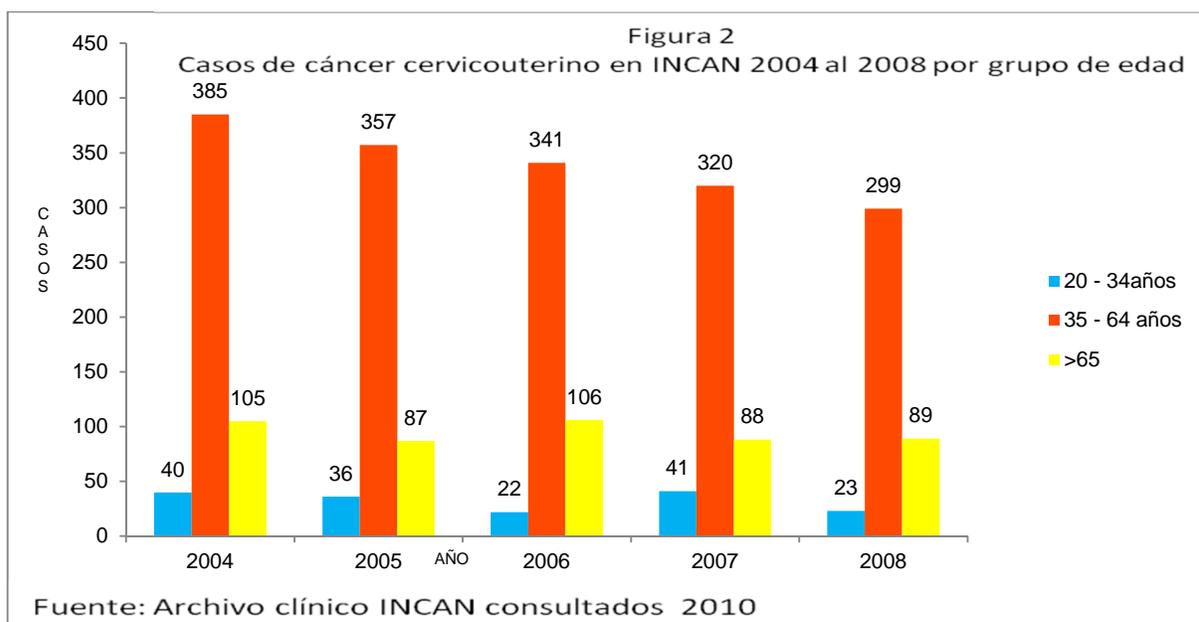
Fuente: Archivo clínico INCAN consultados 2010



La Tabla 2, presenta la distribución de casos por grupo de edad siendo el grupo de edad de 35 a 64 años el de más frecuencia.

Edad	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
20 - 34años	40	36	22	41	23	162	6.9
35 - 64 años	385	357	341	320	299	1702	72.8
>65	105	87	106	88	89	475	20.3
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0

Fuente: Archivo clínico INCAN consultados 2010



La Tabla 3, presenta la distribución de casos por estado civil, muestra mayor prevalencia durante los cinco años para la condición de casada o viuda que suman 61% de los casos.

Estado Civil	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
casada	211	193	173	173	166	916	39.2
viuda	115	98	91	107	77	488	20.9
otra	204	189	205	169	168	935	40.0
Total	530	480	469	449	411	2339	100.0

Fuente: Archivo clínico INCAN consultados 2010

La Tabla 4, presenta la distribución de casos por escolaridad siendo prevalente el nivel de escolaridad bajo que agrupa aquellos casos que tuvieron menos de seis años de escolaridad con 79.9%.

escolaridad	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
< 6 años	442	376	384	347	318	1867	79.8
> 6 años	88	104	85	102	93	472	20.2
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0

Fuente: Archivo clínico INCAN consultados 2010

La Tabla 5, presenta la distribución de casos por ocupación, siendo de mayor prevalencia, labores del hogar con 85.3% durante los cinco años en estudio.

Ocupación	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Hogar	495	415	361	361	362	1994	85.3
Trabajo no calificado	32	59	92	77	41	301	12.9
Otro	3	6	16	11	8	44	1.9
Total	530	480	469	449	411	2339	100.0

Fuente: Archivo clínico INCAN

En la Tabla 6, Aunque el INCAN es un hospital de referencia nacional, los estados que integran el lugar de residencia de los casos se distribuyeron más en la Zona Metropolitana que agrupadas con la Zona Centro suman 82.3%.

l_resid	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Norte	2	1	4	1	1	9	0.4
Noreste	3	3	1	2	2	11	0.5
Sur	93	84	68	45	27	317	13.6
Sureste	5	1	6	1	0	13	0.6
Occidente	16	12	11	16	11	66	2.8
Centro	130	130	121	89	116	586	25.1
Z.metropolitana*	281	249	258	295	254	1337	57.2
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0

Fuente: Archivo clínico INCAN

*La zona metropolitana incluye el DF y EDO.MEX.

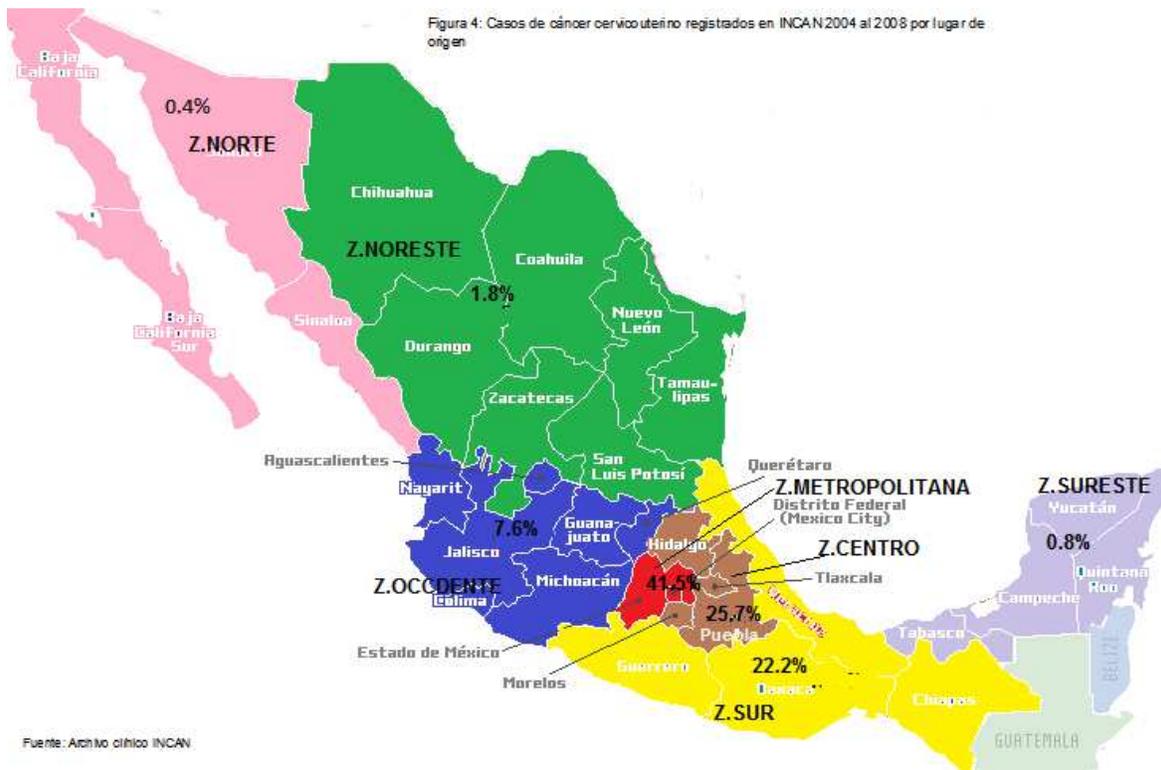


La Tabla 7, muestra la distribución por zonas geográficas de lugar de origen de los casos, la mayor prevalencia se observaron en la zona metropolitana seguida de la zona centro y sur en conjunto suman 89.4%.

lug_orig	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Norte	1	3	2	0	3	9	0.4
Noreste	6	8	11	11	7	43	1.8
Sur	131	107	121	87	74	520	22.2
Sureste	5	2	8	3	0	18	0.8
Occidente	40	30	36	39	33	178	7.6
Centro	132	136	122	91	119	600	25.7
Z.metropolitana*	215	194	169	218	175	971	41.5
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0

Fuente: Archivo clínico INCAN

*La zona metropolitana incluye el DF y EDO.MEX.



La Tabla 8, muestra la distribución de los casos referente al nivel socioeconómico siendo el nivel bajo de mayor prevalencia con 80.4%; nótese que en el año 2004, 19 pacientes estaban integradas al programa del seguro popular, durante los años del 2005 al 2008 no se encontró pacientes incluidos en este programa.

n_socioec*	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Bajo	472	233	375	420	380	1880	80.4
Medio	32	20	28	22	29	131	5.6
Alto	2	1	1	1	0	5	0.2
KS (subrogado)	5	226	65	6	2	304	13.0
K (seguro popular)	19	0	0	0	0	19	0.8
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0
Fuente: Archivo clínico INCAN							

*Clasificación según criterio del Depto. de Trabajo Social del INCAN

La Tabla 9 muestra la distribución de los casos por seguridad social donde 98.9% no cuenta con algún tipo de seguridad social.

seguridad social*	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
no	530	478	456	444	407	2315	99.0
si	0	2	13	5	4	24	1.0
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0
Fuente: Archivo clínico INCAN							
*IMSS, ISSSTE, ISEMYM							

La Tabla 10, muestra la distribución de los casos por tipo de referencia de casi la mitad (49.2%) procede de Hospitales Generales y Centros de Salud y 41% es referido por médicos particulares.

Referencia	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Centro de Salud	104	83	100	64	48	399	17.1
Hospitales Generales	142	156	147	166	147	758	32.4
Medico Particular	233	194	183	186	164	960	41.0
Otros*	51	47	39	33	52	222	9.5
Total	530	480	469	449	411	2,339	100
Fuente: Archivo clínico INCAN							
*IMSS,ISSSTE,ISEMYM,médico INCAN,Iniciativa propia y Seguro Popular							

Dentro de las variables clínicas se encuentran diagnóstico histopatológico, estadio clínico, recurrencia y año de seguimiento.

La Tabla 11, presenta la distribución de casos por diagnóstico histopatológico de acuerdo a la Clasificación CIE 10. El tipo histopatológico de cacumás frecuentemente encontrado en todos los años el carcinoma epidermoide de células grandes queratinizadas con 48%.

dxhistologico	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Carcinoma epidermoide	138	85	81	68	135	507	21.7
Carcinoma epidermoide tipo queratinizante	42	44	36	33	30	185	7.9
Carcinoma epidermoide de celulas grandes queratinizadas	241	246	247	257	132	1123	48.0
Adenocarcinoma	46	30	44	42	49	211	9.0
Otros	63	75	61	49	65	313	13.4
Total	530	480	469	449	411	2,339	100
Fuente: Archivo clínico INCAN							

La Tabla 12, muestra la distribución de los casos por estadio clínico al ingreso, 51.1% ingresan en etapa IIB(31.3%) y IIIB(19.8%) mayor prevalencia de acuerdo a la clasificación de FIGO.

estadio clínico	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
I	4	0	2	1	3	10	0.4
IA	10	8	9	9	12	48	2.1
IIA	39	31	24	11	17	122	5.2
IIIA	14	18	9	12	10	63	2.7
IB	86	80	70	73	72	381	16.3
IIB	174	153	147	142	117	733	31.3
IIIB	111	89	87	98	77	462	19.8
IV	28	8	23	6	7	72	3.1
IVA	0	6	13	3	9	31	1.3
IVB y recidivan	64	87	85	94	87	417	17.8
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0
<i>Fuente: Archivo clínico INCAN</i>							

Respecto a la evolución de los casos de cacu en los cinco años más frecuente fue la no recurrencia (con tendencia a la remisión) en 46%; sin embargo la frecuencia de casos con progresión fue de 39.2%.

recurrencia	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
No	227	221	203	198	226	1075	46.0
Si	148	204	210	209	145	916	39.2
No valorable S/D	155	55	56	42	40	348	14.9
Total	530	480	469	449	411	2,339	100.0
<i>Fuente: Archivo clínico INCAN</i>							

La Tabla 14 muestra la distribución en el cumplimiento con el seguimiento de la atención de los casos de cacu desde el primer contacto del hospital hasta la última vez que acudieron los casos para su atención en el año 2004 a 2008, en los datos encontrados se observa que el cumplimiento es muy variado ya que en 2004 23,58% de los casos solo acudieron a la primera cita, sin embargo 30.75% cumplió con el seguimiento hasta más de seis años, en 2005 30.21% de los casos cumplió con el seguimiento a menos o igual a un año, sin embargo 30.42% cumplió con el seguimiento hasta más de seis años; en 2006 34.54% cumplió con el seguimiento hasta un año y 30.28% cumplió a menos de cinco años; en 2007 31.40% cumplió con el seguimiento solamente durante el primer año y 38.53% solo cumplió el seguimiento a cuatro años, en 2008 30.41% cumplió con sus citas a menos o igual a un año y 44.04% solo se mantuvo a tres años.(Anexo 1,2,3,4).

seguimiento	2004 (n=530)	%	2005 (n=480)	%	2006 (n=469)	%	2007 (n=449)	%	2008 (n=411)	%
1era. cita	125	23.58	16	3.33	13	2.77	17	3.79	19	4.62
< 1 año	96	18.11	145	30.21	162	34.54	141	31.40	125	30.41
≤ 2 año	64	12.08	73	15.21	61	13.01	52	11.58	67	16.30
< 3 año	39	7.36	33	6.88	35	7.46	59	13.14	181	44.04
≤ 4 año	19	3.58	25	5.21	50	10.66	173	38.53	14	3.41
< 5 año	24	4.53	42	8.75	142	30.28	5	1.11	2	0.49
> 6 años	163	30.75	146	30.42	6	1.28	2	0.45	3	0.73
Fuente: Archivo clínico INCAN										

La Tabla 15, muestra la distribución del porcentaje en el cumplimiento global del seguimiento con nivel de corte de 70% solo 653(27.92%) casos tuvieron un seguimiento adecuado por arriba del 70%.

cumpl 70%	Total	%
< 70%	1686	72.08
≥ 70%	653	27.92
Total	2339	100.00

DISCUSION:

Los casos estudiados en el INCAN del 2004 al 2008 muestran una tendencia ligeramente descendente por año durante los cinco años. El grupo de edad más afectados es de 35 a 64 años que coincide con los datos obtenidos por Torres y Bustamante en donde se estudió el perfil de 1217 pacientes del seguro popular tratadas en el Hospital General en México el grupo de edad más frecuente que se encontró fue de 40 a 49 años(23) y de acuerdo a García Soto y Pachón Rincón en un estudio de cacu del periodo de 1997 a 2002 en Colombia la edad más frecuente fue de 40 a 44 años(7), que se contemplan dentro del grupo de edad de nuestro estudio en el cual el intervalo de edad es más amplio; la edad que se detectó más tempranamente fue de 20 años acorde a Rizo et al, en el Registro Hospitalario de Cáncer (Compendio 2000 a 2004) su diagnóstico fue con mayor frecuencia a partir de los 20 años(27) acorde a los datos encontrados en nuestro estudio. De acuerdo a la prevalencia en América Latina y en los países en desarrollo (1) la población estudiada también cumple con un perfil de pobreza ya que reúnen características como estado civil, ser casada o viuda, pertenecer al nivel socioeconómico bajo, sin seguridad social y dedicadas al hogar; Las tasas de mortalidad son siete veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud (OPS) Casi 80% de las muertes por cacu a nivel mundial ocurren en países de bajos ingresos (OMS). Se encontró escolaridad baja acorde a los datos obtenidos con García Soto y Pachón Rincón(7) antes mencionado, la escolaridad fue de 89% con seis años o menos de escolaridad mientras en nuestro estudio fue de 79.8% esto probablemente se deba a que hay un grado mayor de alfabetización. Por su lugar de residencia y origen se concentraron en la zona metropolitana y en la zona centro, de acuerdo al lugar de origen las zonas de mayor concentración fueron la zona metropolitana, centro y sur coincide con Torres y Bustamante antes citado en su estudio la mayoría se procede del Estado de México y DF por mayor accesibilidad al INCAN debido a la cercanía del lugar; los casos fueron mayormente referidos por Unidades del Sector Salud, sin embargo un importante porcentaje fue referido por médico particular. El tipo histopatológico más

observado fue carcinoma epidermoide de células grandes queratinizadas en concordancia con la literatura reportada. De manera global el estadio clínico de inicio se concentra en estadios avanzados IIB a IVB este dato coincide con lo que encontramos en nuestro país en donde se diagnostica el cacu tardíamente(27); respecto a la evolución de los casos de cacu en los cinco años más frecuente fue la no recurrencia (con tendencia a la remisión) sin embargo la frecuencia de casos con progresión también fue elevada; la patología por si sola muestra una recurrencia en la enfermedad temprana, de menos de 10% de los casos, mientras que en las pacientes con enfermedad avanzada se llegará a presentar hasta en 33% de las pacientes (24). El cumplimiento con las citas programadas de por lo menos 70% fue muy bajo ya que la mayoría no mostró adherencia durante los cinco años; en un estudio que realizaron Paulino y Arrosi en 2012 en una provincia de Argentina se realizaron encuestas a una muestra de mujeres para indagar acerca de los motivos de abandono de la continuidad del seguimiento en el tratamiento de cacu; 40,5% de las mujeres mencionó algún motivo relacionado con la organización y funcionamiento del sistema de salud. Entre este grupo de mujeres, 28,6% mencionó motivos relacionados con la organización de los servicios: retrasos en la obtención de los resultados, problemas para acceder a los turnos o largos tiempos de espera para ser atendidas; y 11,9% mencionó motivos relacionados al proceso de atención (problemas en la comunicación del resultado o malas experiencias de atención) aplicado a nuestra población debemos tomarlo en cuenta en investigaciones futuras.

La carga desproporcionadamente alta de cáncer cervical en países en desarrollo se debe principalmente a la falta de investigación que permite la detección de lesiones precancerosas de cuello uterino en fase inicial, la infraestructura de salud en estos países no es compatible con las pruebas de Papanicolaou u otros tipos de pruebas de detección.(1) Es importante que las mujeres continúen recibiendo servicios de detección debido a que las vacunas actuales se administran a adolescentes y niñas, que deben examinarse a la edad de cribado recomendadas dado que las vacunas no ofrecen protección para 30% de las infecciones crónicas por tipos distintos de VPH 16, 18, 6 y 11 que causan cáncer cervical. (1)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En conclusión, de los casos estudiados del año 2004 al 2008 registrados en el INCAN se documentaron 2339 casos diagnosticados con cacu, el perfil de los casos corresponde al grupo de edad de 35 a 64 años; estado civil casada y viuda, nivel de escolaridad bajo, también se encontró que la mayoría de los casos se dedicaba al hogar, por su lugar de residencia los casos se concentraron en la zona metropolitana y en la zona centro, de acuerdo al lugar de origen las zonas de mayor concentración fueron la zona metropolitana, centro y sur, el nivel socioeconómico de mayor predominio fue el bajo, también es evidente que una gran mayoría de las pacientes estudiadas no cuentan con seguridad social, los casos fueron referidos por Centros de Salud y Hospitales Generales. El tipo histopatológico más frecuente fue carcinoma epidermoide de células grandes queratinizadas. De manera global el estadio clínico al ingreso se concentra en etapas avanzadas IIB a IVB; respecto a la evolución de los casos de cacu en los cinco años más frecuente fue la no recurrencia (con tendencia a la remisión) sin embargo la frecuencia de casos con progresión también fue elevada. En el seguimiento del cumplimiento de los casos en el año 2004 se observan numerosas pérdidas en comparación a los años 2005 al 2008 en donde un número importante de casos por lo menos se mantuvieron durante el primer año, sin embargo en el año 2004 y 2005 un tercio de los casos se mantuvieron hasta seis años, el cumplimiento del seguimiento por lo menos al 70% fue muy bajo; solo 30% no cumplió con su seguimiento a cinco años. En el análisis de los casos se encontró que el nivel socioeconómico tiene una relación estadísticamente significativa con la recurrencia de la enfermedad y el cumplimiento del seguimiento; así mismo el tipo histopatológico que en este caso es el epidermoide guarda una relación estadísticamente significativa con la recurrencia.

Las acciones de prevención deben ir encaminadas a poblaciones vulnerables como las de bajo nivel socioeconómico y sin seguridad social, realizando acciones de prevención primaria como es la vacunación contra el VPH a niñas de nueve a trece años, información sanitaria y advertencias acerca de los factores de riesgo ya conocidos, educación sobre la sexualidad adaptada a la edad y la cultura,

promoción o suministro de condones entre quienes sean sexualmente activos al igual que acciones de prevención secundaria como son: seguir promoviendo la detección oportuna de cacu realizar pruebas de detección de tipos de VPH de alto riesgo (por ejemplo, los tipos 16, 18 y otros) y sobre todo promover la importancia del seguimiento continuo para detectarlo en etapas tempranas además de un tratamiento más oportuno y rápido en cuanto se detecte; buscar estrategias para agilizar los tiempos en la atención, citas y entrega de resultados en las unidades de salud de primer nivel de atención. En la prevención terciaria se debe de realizar una adecuada elección del tratamiento en etapas avanzadas como es la Cirugía ablativa, Radioterapia o Quimioterapia tomando en cuenta la calidad de vida de estas pacientes.

Una área de oportunidad en el tratamiento de cacu para mayor acercamiento a los servicios de salud es promover de manera masiva la información y requisitos indispensables que se requieren para ingresar al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a través del programa del seguro popular con el objetivo de una vez detectadas y diagnosticadas las pacientes que no cuentan con ninguna seguridad social ingresen de manera inmediata a este programa haciendo una revisión de los casos por lo menos cada seis meses ya que cubre todo el tratamiento de cacu, incluyendo postoperatorio y seguimiento además de que se permitiría dar un seguimiento mayor a estas pacientes que nos permitirá observar el impacto que tiene este programa en la atención de esta patología, además de crear un registro único de cáncer de pacientes atendidas en este programa.

Es de vital importancia brindar mayor capacitación y sensibilización a los médicos de primer contacto y a los médicos de medio privado en cuanto a la referencia y detección oportuna además de promover las ubicaciones de las clínicas de displasias; Se deben de investigar las causas por lo que las pacientes no se adhieren al tratamiento además de establecer con ayuda de la tecnología una red universal de referencia, contrarreferencia y seguimiento interestatal de hospitales y laboratorios.

Es importante que se tenga un sistema digitalizado de Registro Hospitalario estándar de todos los cánceres que hay en nuestro país principalmente de pulmón y de mama ya que nos permitiría analizar e interpretar datos con mayor precisión en cuanto al comportamiento del cáncer, evolución, recurrencia, grupos de edad, regiones más afectadas de casos diagnosticados y/o tratados en un hospital y así llevar acciones de promoción, prevención, detección y tratamiento oportuno a población más específica.

BIBLIOGRAFIA

1. Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E. and Forman, D. Global cancer statistics. CA: A Cancer Journal for Clinicians, vol. 0, No 0, 2011
2. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
3. Almonte, Maribel et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud pública Méx [online]. 2010, vol.52, n.6, pp. 544-559. ISSN 0036-3634.
4. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
5. Programa de acción específico 2007-2012 Cáncer cervicouterino
6. Lewis JM. A situational analysis of cervical cancer in Latin America & the Caribbean. Washington, D.C. PAHO 2004: 4. Disponible en <http://paho.org/english/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lad.pdf>. [Fecha de acceso: 23 de agosto de 2008].
7. García Soto G, Pachón Rincón JJ, Smith Meneses Cubides RS, Zuleta Tobon JJ, Cáncer de cuello uterino: Experiencia durante un periodo de seis años en un Hospital Universitario de Colombia: Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 58. No. 1, 2007, pp.: 21-27.
8. [Jha AK](#) , [Jha J](#) , [R Bista](#) , [Basnet B](#) , [P Kandel](#) , [Lama G](#) , [Banthia P](#) , [K Thakali](#) . Un escenario de cervical carcinoma en un cáncer de hospital, [JNMA J Med Assoc Nepal](#). 2009 Jul-Sep; 48 (175):199-202.
9. Torres Lobatón A, Gómez Gutiérrez G, Piñón Carreras RA, Ortiz León JM, et al. Cáncer cervicouterino en el Hospital General de México, OD: frecuencia de sus etapas clínicas y su correlación con la edad; Gamo, Vol. 6, NUm.2, marzo-abril 2007.
10. LironKogan MD1, Joseph Menczer MD2, Eduardo Shejter MD3, Irena Liphshitz MSc4 and MichaBarchana MD MPH4, selected clinical characteristics of israeli Jewish women with squamous cell carcinoma of the uterine cervix: a Population-Based study;IMAJ,VOL 13, 2011, pp:84-86.
11. Guía de Referencia Rápida. Prevención y Diagnostico Oportuno de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención, octubre 2009, IMSS
12. Gutiérrez Delgado C, Báez-Mendoza C, González-Pier E., Prieto de la Rosa A, ReneeWitlen, BA. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas salud pública de México / vol. 50, no. 2, marzo-abril de 2008
13. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ; Ma del Carmen Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez, Ma del Carmen, salud pública de México / vol. 52, no. 3, mayo-junio de 2010
14. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
15. Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina, López Saavedra A, Lizano Soberón M, INCAN, (2006): 31-55.
16. Shepherd JH: Cervical and vulva cancer: changes in FIGO definitions of staging. Br J ObstetGinecol 103 (5): 405-6, 1996. [PUBMED Abstract]
17. Guía de Referencia Rápida. Prevención y Diagnostico Oportuno de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención, octubre 2009, IMSS.

18. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicana, Gutiérrez-Delgado C, Báez-Mendoza C, Prieto de la Rosa A, Witlen, BA R, González-Pier E, rev. salud pública de México / vol. 50, no. 2, marzo-abril de 2008
19. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html
20. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Capitulo: Disposiciones Generales, Art.17-Investigación sin riesgo
21. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html. NOM cáncer cervicouterino
22. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 a 2004, Rizo Ríos P, Sierra Colindres IS, Vázquez Piñón G, Cano Guadiana M, Meneses García A, Mohar A. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, 2004-2008.
23. Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular, Torres Lobatón A, Bustamante Iglesias JI, Torres Rojo A, Oliva Posada JC, Morales Palomares MA, Román Bassaure E. Rev. GinecolObstetMex; vol.81, año: 2013, pp.: 71-76.
24. Oncoguía, Cáncer Cervicouterino, Montalvo Esquivel G, Coronel Martínez JA, Alvarado Zermeño A. et al. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, 2011.
25. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. Salud Colectiva. 2012;8(3):247-261.

ANEXOS

ANEXO 1: VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS				
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS				
NUMERO DE CASOS POR AÑO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	VARIABLE	CODIFICACION
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta la fecha del diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa Continua	20 – 34 35– 64 >65	1 2 3
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes al momento del diagnóstico	Cualitativa Nominal	Casada Viuda Otro	1 2 3
Escolaridad	Máximo nivel de estudios alcanzados	Cualitativa Nominal	<6 años de escolaridad >6 años de escolaridad	1 2
Ocupación	La ocupación también es trabajo o actividad que impide emplear el tiempo en otra cosa	Cualitativa Nominal	Hogar Trabajo no calificado Otros	1 2 3
Lugar de residencia	Lugar en donde actualmente radica la paciente	Cualitativa nominal	Norte Noreste Sur Occidente Centro Z. metropolitana	1 2 3 4 5 6
Lugar de origen	Lugar en donde nació la paciente	Cualitativa nominal	Norte Noreste Sur Occidente Centro Z. metropolitana	1 2 3 4 5 6
Nivel socioeconómico	Según el criterio del Departamento de trabajo Social del INCAN	Cualitativa nominal	Bajo Medio Alto Ks (subrogado) K (seguro popular)	1 2 3 4 5 6
Seguridad Social	Derecho que tiene cada mujer de recibir servicios médicos en alguna institución de salud pública o privada	Cualitativa Nominal	No Si	1 2
Referencia	Proceso mediante el cual un prestador de servicios de salud envía un paciente a otro prestador para que le provea de los servicios de salud requeridos y realice el manejo de la condición clínica de cáncer cervicouterino del paciente, la cual no pudo ser controlada o resuelta por parte del prestador inicial por haber superado su capacidad técnico científica,	Cuantitativa nominal	Centro de salud Hospitales Generales Médico particular Otros	1 2 3 4

ANEXO 2: VARIABLES CLINICOEPIDEMIOLOGICAS

VARIABLES CLINICAS				
NUMERO DE CASOS POR AÑO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	VARIABLE	CODIFICACION
DX. histológico	Clasificación histopatológica de cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal	Carcinoma epidermoide	1
			Carcinoma Epidermoide de células queratinizante	2
			Carcinoma Epidermoide de células grandes queratinizadas	3
			Adenocarcinoma	4
			Otros	5
Estadio clínico	De acuerdo a la clasificación FIGO modificada por el INCAN	Cualitativa nominal	I	1
			IA	2
			IB	3
			IIA	4
			IIB	5
			IIIA	6
			IIIB	7
			IV	8
			IVA	9
			IVB y recidivante	10
Recurrencia	Es la reaparición del mismo tumor primario (criterio histopatológico y/o clínico). Luego de obtener una respuesta clínica completa post tratamiento.	Cualitativa Nominal	No	1
			Si	2
			No valorable por perdida	3
Cumplimiento del Seguimiento	Intervalo de tiempo entre la primera y última cita.	Cuantitativa continua	< 70%	1
			≥70%	2

Anexo 3: Muestra la distribución en el cumplimiento con el seguimiento de la atención de los casos de cáncer cervicouterino desde el primer contacto del hospital hasta la última vez que acudieron los casos para su atención en el año 2004, en los datos encontrados se observa que el cumplimiento es muy variado ya que 23,58% de los casos solo acudieron a la primera cita, sin embargo 30.75% cumplió con el seguimiento hasta más de 6 años.

Anexo 1: Cumplimiento en el seguimiento de los casos de cáncer cervicouterino registrados en INCAN 2004		
seguimiento	2004	%
1era. cita	125	23.58
≤ 1 año	96	18.11
≤ 2 año	64	12.08
≤ 3 año	39	7.36
≤ 4 año	19	3.58
≤ 5 año	24	4.53
> 6 años	163	30.75
Total	530	100.00
Fuente: Archivo clínico INCAN		

Anexo 4: Muestra la distribución en el cumplimiento con el seguimiento de la atención de los casos de cáncer cervicouterino desde el primer contacto del hospital hasta la última vez que acudieron los casos para su atención en el año 2005, en los datos encontrados se observa que el cumplimiento es muy variado ya que el 30.21% de los casos cumplió con el seguimiento a menos o igual a un año, sin embargo 30.42% cumplió con el seguimiento hasta más de 6 años

Anexo 2: Cumplimiento en el seguimiento de los casos de cáncer cervicouterino registrados en INCAN 2005		
año de seguimiento	2005	%
1era. cita	16	3.33
< 1 año	145	30.21
< 2 años	73	15.21
< 3 años	33	6.88
< 4 años	25	5.21
< 5 años	42	8.75
> 6 años	146	30.42
Total	480	100.00
Fuente: Archivo clínico INCAN		

Anexo 5: muestra la distribución en el cumplimiento con el seguimiento de la atención de los casos de cáncer cervicouterino en el año 2006, en los datos encontrados se observa que el cumplimiento es muy variado ya que 34.54% de los casos cumplió con el seguimiento a menos o igual a un año, sin embargo el 30.28% cumplió con el seguimiento hasta cinco años con respecto a los años 2004 y 2005 los años de cumplimiento se acortaron en el 2006.

Anexo 3: Cumplimiento en el seguimiento de los casos de cáncer cervicouterino registrados en INCAN 2006		
dia_seguim	2006	%
1era. cita	13	2.77
< 1 año	162	34.54
< 2 año	61	13.01
< 3 año	35	7.46
< 4 año	50	10.66
< 5 año	142	30.28
> 6 años	6	1.28
Total	469	100.00
Fuente: Archivo clínico INCAN		

Anexo 6: Muestra que en el año 2007 el cumplimiento del seguimiento de los casos en estudio fue de 31.40% cumplió con el seguimiento solamente durante el primer año y el 38.53% solo cumplió el seguimiento a cuatro años.

Anexo 4: Cumplimiento en el seguimiento de los casos de cáncer cervicouterino registrados en INCAN 2007		
dia_seguim	2007	%
1era. cita	17	3.79
< 1 año	141	31.40
< 2 año	52	11.58
< 3 año	59	13.14
< 4 año	173	38.53
< 5 año	5	1.11
> 6 años	2	0.45
Total	449	100.00