

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y FUNCIÓN SEXUAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

LORETTA DI GIAMPIETRO FARÍAS, ANTHONY JOSÉ LÓPEZ BASALO

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS. HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO

TRABAJO GANADOR PREMIO “DR. FRANCISCO MEDINA ECHENAGUCIA” 2022

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y la función sexual de mujeres supervivientes al cáncer de cuello uterino según tratamiento recibido. **MÉTODO:** Estudio tipo prospectivo comparativo, transversal, tomando como población tres grupos de pacientes tratadas con cáncer de cuello uterino en la consulta de ginecología oncológica de nuestro centro: cirugía sola, radioterapia más quimioterapia concurrente, cirugía más radioterapia quimioterapia adyuvante. Utilizando como instrumentos el cuestionario MOS SF-36 para calidad de vida y el índice de Rosen para función sexual. **RESULTADOS:** Muestra de 260 pacientes, el instrumento MOS-SF 36, reportó puntaje mayor a 53 puntos, para grupo con cirugía, 45 pacientes (90 %), (P=0,263) y 27,93 puntos para IFSF, 38 (76 %) sometidas a cirugía obtuvieron entre 27 y 36 puntos. Disfunción sexual 124 (83 %) de las pacientes que recibieron quimioterapia y radioterapia, (P=0,051). Con mejoría de percepción de salud en el tiempo, donde calidad de vida relacionada con la salud y función sexual mejoraron en el tiempo, (P= 0,008), (P=0,000) respectivamente, analizado entre 1 año y 3 años, a favor de grupo cirugía sin significancia estadística (P=0,263). **CONCLUSIONES:** Concluimos que las pacientes del grupo cirugía tuvieron mejores resultados en la encuesta MOS SF-36, aunque las diferencias entre los tres grupos de tratamiento no fueron estadísticamente significativas; igualmente, al evaluar la función sexual a través de la encuesta IFSF, resultados que perduraron en el tiempo e incluso aumentaron la calidad de vida de dichas pacientes.

PALABRAS CLAVE: Mujeres, cáncer, cuello uterino, calidad de vida, función sexual.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the quality of life related to the health and the sexual function of the women survivors of cervical cancer according to the treatment received. **METHOD:** Prospective, comparative, cross-sectional study. Taking as a population three groups of patients treated with cervical cancer in the gynecology oncology consultation of our Center: Surgery alone, radiotherapy plus concurrent chemotherapy, surgery plus radiotherapy adjuvant chemotherapy. Using as instruments the MOS SF-36 questionnaire for quality of life and the Rosen index for the sexual function. **RESULTS:** The sample consisted of 260 patients, the MOS-SF 36 instrument reported a score greater than 53 points, for the group with surgery, 45 patients (90 %), (P=0.263) and 27.93 points for IFSF, 38 patients (76 %) undergoing surgery obtained between 27 and 36 points. Sexual dysfunction in 124 (83 %) of the patients who received chemotherapy and radiotherapy, (P=0.051). With improvement in the perception of the health over time, where the qualitative of live related to the health and sexual function improved over time, (P= 0.008), (P=0.000) respectively, analyzed between 1 year and 3 years, in favor of the surgery group, without statistical significance (P= 0.263). **CONCLUSIONS:** It is concluded that the patients in the surgery group had better results in the MOS SF-36 survey; likewise, when evaluating the sexual function through the index of sexual function survey, results that lasted over time and even increased the quality of life and the sexual function of these patients.

KEY WORDS: Women, cancer, cervix, quality of life, sexual function.

Recibido: 10/10/2022 Revisado: 11/11/2022

Aceptado para publicación: 03/12/2022

Correspondencia: Dra. Loretta Di Giampietro. Calle Alejandro Calvo Lairet. Urbanización Los Castaños Caracas. E-mail: loretta.digiampietro@gmail.com.

Esta obra está bajo una Licencia *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International* Licens

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU), es una patología frecuente a escala mundial y el más común de los que afectan a las mujeres en países emergentes. Alrededor del mundo, durante el año 2015, se diagnosticaron, aproximadamente, 530 000 nuevos casos de CCU y 275 000 muertes por esta causa; representando la tercera causa de cáncer entre las mujeres y la séptima en la clasificación general ^(1,2). Las regiones con mayor riesgo de CCU incluyen el sur y este de África, el Caribe, Centroamérica y algunos países Latinoamericanos (Guyana, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Bolivia, Paraguay, Perú, Guatemala y Venezuela), donde la incidencia anual excede los 30 por 100 000 mujeres ^(3,4).

En Venezuela, la tasa de mortalidad por CCU es aproximadamente de 10 x 10 000 y con una distribución etaria a predominio de 30 a 60 años, incluyendo así a gran parte de la población activa ⁽⁵⁾. El Registro Central de Cáncer, reportó 4 076 casos durante 2012, lo cual convierte al CCU en el segundo tipo de cáncer más frecuente en las venezolanas, después del cáncer de mamas, con una tasa cruda de casos de 27,84 x 100 000 mujeres y la tasa cruda de mortalidad de 11,13 x 100 000 mujeres. En cuanto a su distribución en el territorio nacional, destacan los estados: Trujillo, Mérida, Táchira, Zulia, Guárico, Yaracuy y Falcón, donde acontecen aproximadamente 20 % de las muertes debidas al CCU ⁽⁶⁾.

El grupo etario mayormente afectado, corresponde a las edades comprendidas entre 35 a 44 años con un total de 1 178 pacientes y el grupo de 45 a 54 años con 1 074 casos; conformando estos grupos mujeres en edad productiva y jefes de familia, de acuerdo al matriarcado predominante en la estructura familiar venezolana ⁽⁷⁾ valores que son reflejo del curso estadios avanzados ⁽⁷⁾ con técnicas terapéuticas que incidirán directamente

en su calidad de vida (CV) y función sexual (FS) ⁽⁸⁾.

El CCU, está frecuentemente precedido por lesiones pre-malignas ^(9,10), denominadas lesión intra-epitelial (LIE), producidas por el virus papiloma humano (VPH) ^(11,12), responsables de la etiología de esta enfermedad; es por ello, que se considera la enfermedad de transmisión sexual más prevalente a nivel mundial, con un estimado de 5,5 millones de nuevas infecciones por año en EE.UU y se ha establecido que existe la probabilidad de presentar la infección en personas sexualmente activas durante su vida en un 80 % ^(13,14).

El tratamiento para el CCU se basa en la extensión de la enfermedad ^(15,16). En este sentido, las mujeres con cáncer en estadio temprano (estadios Ia2, Ib1 y IIa1) se pueden tratar mediante histerectomía radical y linfadenectomía pélvica ⁽¹⁷⁾ o radiación más quimioterapia concurrente en pacientes que no puedan ser operadas por diferentes razones ⁽¹⁸⁾; mientras que el tratamiento de la enfermedad localmente avanzada (estadios Ib2, IIa2 y IIb a IVa) ^(18,19) se realiza radiación y quimioterapia concurrente primaria o radiación neoadyuvante más cirugía en algunos casos, permitiendo que más de 70 % de las pacientes sobrevivan después de 5 años. A su vez, en cáncer cervical avanzado con metástasis a distancia se deben considerar los cuidados paliativos ⁽²⁰⁾.

Históricamente el CCU se ha abordado desde el modelo biomédico, que enfoca la detección temprana de la enfermedad e identificación del VPH, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, el establecimiento de factores de riesgo y el desarrollo de tratamientos sofisticados y de última generación; sin embargo, este modelo a menudo deja de lado el contexto social, cultural y de orden sexual de la paciente, lo cual descarta su análisis integral ^(7,21).

Según el consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento del CCU de 2010, las

pacientes con un período mayor a 1 año de supervivencia, posterior al tratamiento para el cáncer se denominan supervivientes y estas mujeres al recuperarse, retornan a su funcionamiento habitual ⁽⁷⁾.

Las tasas de supervivencia, la toxicidad, la eficacia de las diferentes terapias y la respuesta tumoral en sobrevivientes de CCU han sido ampliamente medidas y existen múltiples publicaciones al respecto ⁽²²⁾. Tomando en cuenta el grupo etario involucrado y la mejoría en las tasas de supervivencia ^(7,23), dentro de la atención oncológica se han impulsado un cambio de enfoque, desde el paradigma de un modelo de enfermedad médica a un modelo de bienestar que involucre tanto la calidad de vida (CV) y la función sexual (FS) ⁽²⁴⁻²⁶⁾ de estas mujeres. Recientes publicaciones de ensayos clínicos al evaluar la eficacia de las terapias contra el CCU, han incorporado el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la FS ^(27,28). Las últimas actualizaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), dan interés a la importancia de mejorar la CV y la FS de las supervivientes de cáncer; siendo reconocidos como indicadores de salud ⁽²⁹⁾, que permiten a los profesionales sanitarios abordar mejor las preocupaciones actuales de las supervivientes de cáncer, así como la inclusión de su pareja como parte de la terapéutica. La sexualidad es parte esencial de un ser humano y de su bienestar individual y social, al ser alterado se convierte en un problema de salud que afecta el bienestar físico y mental llegando inclusive a alterar el equilibrio familiar, laboral y social ^(29,30).

Resulta alarmante que la evaluación de los trastornos sexuales y la CVRS ⁽³⁰⁾ en la mujer, no logra ocupar ni un segundo plano en la consulta ginecológica. De acuerdo con Die-Trill ⁽³¹⁾, el cáncer o sus tratamientos pueden afectar la sexualidad de la mujer que lo padece a través de cuatro vías principales: produciendo problemas físicos que impiden dar y recibir placer sexual,

produciendo alteraciones en la imagen corporal, generando sentimientos tales como miedo, angustia o tristeza, que pueden interferir con una respuesta sexual adecuada, produciendo modificaciones en los roles y relaciones que mantiene la paciente ^(30,33).

Se ha informado que las supervivientes de CCU tratadas con radioterapia presentan un peor funcionamiento sexual que aquellas tratadas con histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos ^(34,35).

La modalidad de tratamiento que mayor impacto causa al área afectiva y psicológica de la sexualidad es la cirugía de Wertheim Meiggs ⁽³⁶⁻³⁸⁾, seguido por la radioterapia; mientras que las mujeres que reciben radioterapia ⁽³⁴⁾ combinada (externa y braquiterapia) obtienen mayores dificultades en el aspecto físico de la sexualidad que las que reciben radioterapia simple. En cuanto a la dimensión física las pacientes sometidas a radioterapia, son las que presentan mayores alteraciones, entre las cuales se encuentran diarrea, polaquiuria, disuria, secreción vaginal abundante, irritación vaginal, irritación en piel irradiada, cansancio y debilidad ^(34,39).

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que presenta alteraciones a corto plazo en todas las dimensiones de la CV, debido a la sintomatología aguda que esta provoca; aunque las que reciben quimioterapia son las que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual ⁽⁴⁰⁾. A las alteraciones sexuales secundarias al tratamiento oncológico, le suelen acompañar sentimientos de depresión, angustia, tristeza, y ansiedad que se unen a los temores y preocupaciones propios de una enfermedad que amenaza la vida. La pérdida del deseo sexual y la reducción en las sensaciones placenteras son propias de los trastornos depresivos; en tanto que los cuadros ansiosos interfieren igualmente en el funcionamiento sexual ⁽⁴⁰⁾.

De igual manera, la relación de pareja puede presentar una serie de alteraciones debido a los ajustes lógicos que impone la presencia de la

enfermedad; es de importancia considerar el contexto socioeconómico en que se desarrolla, la cultura a la que se pertenece, el sistema de creencias y el momento evolutivo de la pareja, los antecedentes del vínculo afectivo, el nivel de comunicación, el manejo de la intimidad y de la sexualidad, así como las estrategias previas utilizadas para enfrentar los problemas ^(31,39,40).

La situación reflejada en los párrafos anteriores, su importancia para la sociedad venezolana, nos conllevó a su investigación, aunado a que no existe un estudio similar en nuestro país; planteando como objetivo principal establecer la relación causal que existe entre el tratamiento recibido en las mujeres supervivientes al CCU y el impacto sobre sus CV, CVRS y la FS, permitiendo a futuro formular nuevas investigaciones y poder concretar líneas de investigación en esta materia, cuyos resultados beneficiarían a las pacientes que padezcan esta enfermedad u otras.

MÉTODO

Esta investigación fue prospectiva, comparativa, transversal. La población estuvo representada por la totalidad de 260 pacientes supervivientes al CCU atendidas en las consultas de ginecología oncológica del Hospital Oncológico Padre Machado “Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano del Seguro Social” (SOH IVSS), durante el período 2017 al 2019.

La muestra no probabilística, intencional, conformada por 260 pacientes que llenaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Diagnóstico confirmado de CCU

Haber recibido tratamiento para el CCU con mínimo de 12 meses y estar libre de enfermedad antes de cierre del período citado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Diagnóstico de psicosis o retraso mental.

Negativa a suministrar su consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la CV, CVRS y medir la FS en mujeres supervivientes al CCU.

Relacionar la CV y la FS con el tiempo desde que se finalizó el tratamiento.

INSTRUMENTO

Existen innumerables instrumentos para la medición de la CV ^(41,42), para esta investigación se adoptó el *Medical Outcomes Study (MOS SF-36)* ⁽⁴³⁾, versión en español; desarrollado en EE.UU, es uno de los instrumentos genéricos más utilizados para la determinación de la CV, el cual proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general; su contenido incluye tanto salud física como mental ⁽⁴³⁾. Consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: a. Función física, b. Rol físico, c. Dolor corporal, d. Salud general, e. Vitalidad, f. Función social, h. Rol emocional y salud mental, para generar un índice global que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud). Con puntos de corte que van menor a 47 puntos (mala); 48-52 puntos (normal, más de 53 puntos (buena).

En cuanto a la evaluación de la función sexual (FS) fue medida ⁽⁴⁴⁾ basándose en el *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*, que tuvo como resultado el desarrollo de una encuesta denominado índice de función sexual femenino (IFSF). Este cuestionario ha sido validado en diferentes idiomas, incluyendo al castellano; y consiste en 19 preguntas agrupadas en seis dominios: a. Deseo, b. Excitación, c. Lubricación, d. Orgasmo, e. Satisfacción y f. Dolor. Cada pregunta tiene 5 o 6 alternativas de respuesta, con

un puntaje que varía desde 0 a 5 en cada pregunta; el puntaje total de la encuesta se obtiene mediante la suma aritmética de los productos obtenidos al multiplicar el resultado de cada pregunta por un factor, a mayor puntaje mejor sexualidad; siendo este máximo de 36 puntos, un puntaje de 2 en un dominio indica, no actividad sexual, con un punto de corte de 26 puntos o menos, determina disfunción sexual en el análisis de dicho cuestionario ⁽⁴⁾.

PROCEDIMIENTO

Se procedió a seleccionar de manera no aleatoria en la consulta de ginecología oncológica a las pacientes supervivientes al CCU que cumplieron con los criterios previamente establecidos. Obtenido el consentimiento informado de la paciente para la ejecución de esta investigación, previa explicación del mismo en el área de consulta, se le realizó el llenado de la ficha de trabajo, y encuesta con base en los cuestionarios IFSF y MOS SF-36, los cuales fueron auto aplicados y anónimos. De la historia clínica se extrajo la información en relación al tratamiento recibido a fin de evaluar la CVRS y la FS según el tratamiento.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO ADECUADO

Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos escogidos se recopilaron y tabularon en una base de datos para su posterior procesamiento mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS), versión 22. En razón a la naturaleza del estudio, se ejecutó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo; en este sentido, los datos se expresaron mediante frecuencias absolutas o relativas (porcentajes), así como medidas de tendencia central (medias) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para la comparación entre grupos de acuerdo al tratamiento recibido se emplearon las pruebas

de la T de Student con un nivel de confianza del 95 % y significancia de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Se totalizaron 510 pacientes con diagnóstico de CCU; de ellas, 180 pacientes habían fallecido al momento de realizar las encuestas; 30 pacientes tenían enfermedad activa actual y 40 pacientes no acudieron a sus controles. La muestra quedó conformada por 260 pacientes, quienes fueron distribuidas en tres grupos según tratamiento: grupo A quirúrgico más radioterapia y quimioterapia (n° 60); grupo B radioterapia más quimioterapia (n° 150), grupo C solo quirúrgico (n° 50).

En el Cuadro 1, se evidencian las puntuaciones obtenidas por los diferentes grupos en el instrumento MOS-SF36. El grupo A, 52 pacientes (87 %) obtuvieron menos de 47 puntos, es decir, mala calidad de vida. El grupo B, 96 (64 %) tuvieron menos de 47 puntos y solo 15 (10 %) obtuvieron 53 o más. El grupo C, 45 pacientes (90 %) reportaron buena calidad de vida y 5 (10 %) un puntaje de 48 a 52 puntos, que corresponde a CV normal.

En el Cuadro 2 se observa la evaluación de la CVRS, general y por dominios. La CVRS fue mejor en el grupo C, en los dominios función física ($P=0,000$), dolor corporal ($P=0,028$), vitalidad ($P=0,017$) y rol emocional ($P=0,000$). La CVRS fue mejor en las pacientes del grupo en los dominios rol físico ($P=0,000$), salud mental ($P=0,017$). No hubo diferencias en el dominio salud general ($P=0,223$).

Al evaluar (Cuadro 3). los puntos críticos de corte de las puntuaciones del instrumento IFSF, 38 (76 %) del grupo C obtuvieron entre 27 y 36 puntos (normal). Se observó disfunción sexual en 124 (83 %) de las pacientes del grupo B y en 48 (80 %) de las pacientes grupo A. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas

Cuadro 1. Calidad de vida relacionada a la salud según el tratamiento recibido

Puntuación obtenida en el MOS-SF36	Tipo de tratamiento			P
	Grupo A (60)	Grupo B (150)	Grupo C (50)	
Menos de 47 puntos	52 (87)	96 (64)	---	0,068
48 a 52 puntos	8 (13)	39 (26)	5 (10)	0,086
53 o más	---	15 (10)	45 (90)	0,263

Grupo A: quirúrgico, radioterapia, quimioterapia. Grupo B: radioterapia, quimioterapia. Grupo C quirúrgico. P desviación estándar (DE). MOS-SF36 *Medical Outcomes Study Short Form 36*

Cuadro 2. Calidad de vida relacionada con la salud según el tratamiento recibido, por dominio

Dominio	Tipo de tratamiento			P
	Grupo A (60)	Grupo B (150)	Grupo C (50)	
Función física	12,31±0,37	11,27±0,49	22,99±0,75	0,000
Rol físico	4,50±0,34	6,92±0,25	8,73±0,26	0,000
Dolor corporal	1,63±0,58	1,37±0,37	2,95±0,35	0,028
Salud general	4,69±0,61	5,71±0,56	8,66±0,48	0,223
Vitalidad	3,54±0,38	4,22±0,31	7,96±0,28	0,017
Función social	2,54±0,63	2,07±0,79	3,87±0,61	0,006
Rol emocional	3,29±0,62	4,05±0,59	6,52±0,23	0,000
Salud mental	6,54±0,38	7,02±0,65	8,96±0,28	0,017
Transición de salud	2,32±0,60	2,35±0,50	2,29±0,43	0,040

Grupo A: quirúrgico, radioterapia, quimioterapia. Grupo B: radioterapia, quimioterapia. Grupo C quirúrgico. P desviación estándar (DE)

Cuadro 3. Función sexual según el tratamiento recibido. IFSF

Puntuación obtenida IFSF	Tipo de tratamiento			P
	Grupo A (60)	Grupo B (150)	Grupo C (50)	
2	8 (13)	16 (10)	---	0,232
3 - 26	48 (80)	124 (83)	12 (24)	0,563
27 -36	4 (7)	10 (7)	38 (76)	0,600

Grupo A: quirúrgico, radioterapia, quimioterapia. Grupo B: radioterapia, quimioterapia. Grupo C quirúrgico. P desviación estándar (DE).

Al evaluar la función sexual según los dominios afectados, no se observaron diferencias significativas entre los grupos (Cuadro 4).

En el Cuadro 5 se observa que, el grupo C, el número de mujeres cuyos resultados fue de

53 o más (mejor calidad de vida) aumentó de 24 (48 %) al año del tratamiento, hasta 36 (72 %) entre aquellas que tenían 3 años de tratadas (P=0,008).

Cuadro 4. Función sexual según el tratamiento recibido, por dominio

Dominio	Tipo de tratamiento			P
	Grupo A (60)	Grupo B (150)	Grupo C (50)	
	Puntuación media ± DE			
Deseo	3,02±1,80	2,82±1,52	4,72±2,45	0,321
Excitación	2,59±2,06	2,36±1,98	4,85±3,01	0,502
Lubricación	2,55±1,89	2,65±1,76	4,51±3,76	0,060
Orgasmo	2,64±1,01	2,42±2,22	4,67±2,30	0,078
Satisfacción	2,62±1,86	2,75±2,36	4,86±2,36	0,237
Dolor	2,71±1,96	2,26±2,0	4,32±2,0	0,098
Puntuación general	16,13	15,26	27,93	0,051

Grupo A: quirúrgico, radioterapia, quimioterapia. Grupo B: radioterapia, quimioterapia. Grupo C quirúrgico. P desviación estándar (DE)

Cuadro 5. Calidad de vida relacionada con la salud según el tiempo de finalizado. Tratamiento quirúrgico

Puntuación obtenida en el MOS-SF36	Grupo C			P
	1 año	2 años	3 años	
Menos de 47 puntos	16 (32)	12 (24)	8 (16)	0,051
48 a 52 puntos	10 (20)	12 (24)	6 (12)	0,026
53 o más	24 (48)	26 (52)	36 (72)	0,008

MOS-SF36 . *Medical Outcomes Study Short Form 36* P desviación estándar (DE)

Las pacientes del grupo B (Cuadro 6); 18 (12 %) de las que tenían un año de tratadas, obtuvieron 53 puntos o más. Entre las que completaron 3 años postratamiento, el número de pacientes que alcanzó esta puntuación fue 26 (17 %) (P=0,356).

El grupo A se presenta en el Cuadro 7. Entre ellas, 36 (60 %), 45 (75 %) y 52 (87 %) obtuvieron menos de 47 puntos en relación al tiempo de finalizado el tratamiento, 1 año, 2 años y 3 años respectivamente (P=0,232).

Cuadro 6. Calidad de vida relacionada con la salud según el tiempo de finalizado radioterapia quimioterapia concurrente

Puntuación obtenida en el MOS-SF36	Grupo B 150 (100 %)			P
	1 año %	2 años %	3 años %	
Menos de 47 puntos	105 (70)	103 (69)	102 (68)	0,039
48 a 52 puntos	27 (18)	26 (17)	22 (18)	0,006
53 o más	18 (12)	21 (14)	26 (17)	0,356

MOS-SF36 *Medical Outcomes Study Short Form 36*. P desviación estándar (DE)

Cuadro 7. Calidad de vida relacionada con la salud según el tiempo de finalizado el tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia.

Puntuación obtenida en el MOS-SF36	Grupo A 60 (100 %)			P
	1 año	2 años	3 años	
Menos de 47 puntos	36 (60)	45 (75)	52 (87)	0,232
48 a 52 puntos	24 (40)	12 (20)	6 (10)	0,067
53 o más	---	3 (5)	2 (3)	0,000

MOS-SF36 *Medical Outcomes Study Short Form 36*. P desviación estándar (DE)

La evaluación de la FS en relación con el tiempo de finalizado el tratamiento en el grupo de pacientes C, (Cuadro 8). La función sexual fue normal en 42 mujeres (84 %) que tenían un año de tratadas, 45 (90 %) de las que tenían dos años y 46 (92 %) de las que tenían 3 años (P= 0,000). En este grupo, la disfunción sexual varió de 8 pacientes (16 %) a 5 (10 %) y a 4 (8 %) en los períodos temporales evaluados (P=0,560).

En el B, (Cuadro 9), hubo disfunción sexual en 89 pacientes (59 %) que tenían un año de tratadas

y en 82 (55 %) con tres años de finalizado el tratamiento (P=0,042).

Finalmente, en el Cuadro 10 se observan los cambios en la función sexual en relación con el tiempo de finalizado el tratamiento. Hubo mayor frecuencia de disfunción (52 mujeres, 87%) entre aquellas con dos años de culminado el tratamiento (P=0,000). La función sexual fue normal en 11 (18 %), 8 (13 %) y 10 (17 %) al año, dos años y tres años de tratadas, respectivamente.

Cuadro 8. Función sexual según el tiempo de finalizado el tratamiento

	Grupo C 50 (100 %)			P
	1 año %	2 años %	3 años %	
Disfunción (3-26)	8 (16)	5 (10)	4 (8)	0,560
Normal (27-36)	42 (84)	45 (90)	46 (92)	0,000

P desviación estándar (DE)

Cuadro 9. Función sexual según el tiempo de finalizado el tratamiento radioterapia quimioterapia concurrente

	Grupo B 150 (100 %)			P
	1 año %	2 años %	3 años %	
Disfunción (3-26)	89 (59)	92 (61)	82 (55)	0,042
Normal (27-36)	61 (41)	58 (39)	68 (45)	0,029

P desviación estándar (DE)

Cuadro 10. Función sexual según el tiempo de finalizado el tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia

	Grupo A 60 (100 %)			P
	1 año %	2 años %	3 años %	
Disfunción (3-26)	49 (82)	52 (87)	50 (83)	0,000
Normal (27-36)	11 (18)	8 (13)	10 (17)	0,068

P desviación estándar (DE)

DISCUSIÓN

La mejoría de las tasas de supervivencias en buena parte de los pacientes oncológicos ha conllevado a un nuevo enfoque oncológico, donde se toma en cuenta el impacto del manejo

clínico en relación con la perspectiva del individuo sobre la capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria, lo que conduce a impactar su estado de salud; dando cuenta de una subjetividad no evaluada, por el momento en la mayoría de los indicadores de salud^(8,24).

En relación con el CCU y sus opciones terapéuticas se analizaron la CVRS y la FS de 240 supervivientes, donde se evidenció que al evaluar la CVRS, no existen diferencias significativas estadísticas en los tres grupos, con puntaje global mayor a 53 puntos, a favor de las pacientes tratadas con cirugía, a diferencia de los otros grupos ($P=0,263$), lo cual coincide con Bae y col. ⁽²⁹⁾, donde las pacientes cursaron con una puntuación media de $57,33 \pm 8,47$.

En los componentes de salud física, rol físico y dolor corporal, ($P= 0,000$), ($P= 0,000$) y ($P= 0,028$), respectivamente, existen diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos, teniendo mejores resultados en el grupo cirugía, lo cual coincide con Xie y col. ⁽⁸⁾ quienes encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del componente físico en los tres grupos de medición ($P<0,05$).

Analizar la salud mental en las interrogantes de esa encuesta, se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en las pacientes tratadas con cirugía, radioterapia y quimioterapia= $6,54 \pm 0,38$; grupo radioterapia y quimioterapia= $7,02 \pm 0,65$ y pacientes tratadas con cirugía= $8,96 \pm 0,28$ ($P= 0,017$). En la sub-escala de vitalidad se evidenció mejores resultados al grupo sometido solo a cirugía con puntaje de $7,96 \pm 0,28$ ($P= 0,017$), lo cual no coincide con Bae y col. ⁽²⁹⁾. Quienes encontraron depresión moderada a severa ($11,00 \pm 5,06$), demostrando que las pacientes con CCU tenían niveles más altos de depresión y menor CVRS. En ese sentido, la causa aparente de pacientes, es la condición de matriarcado, pues son ellas quienes deben ubicar soluciones necesarias para aliviar las dificultades de su entorno y suyas mismas.

El componente que evaluó la transición de salud en el tiempo de los tres grupos, permanecieron con valores similares después del tratamiento recibido, sin diferencias estadísticas significativas ($P=0,040$), lo cual es opuesto a lo descrito por Xie y col. ⁽⁸⁾ quienes evidenciaron

aumento gradual desde el tratamiento, llegando a la puntuación más baja a 1 mes después del tratamiento para los pacientes con cáncer en estadios tempranos y avanzados, recuperándose entre 1 y 6 meses después del tratamiento.

Al relacionar el comportamiento en el tiempo de este estudio, diferencia con Xie y col. ⁽⁸⁾, demostrándose que el promedio de pacientes, posterior a recibir técnicas radiantes más quimioterapia, no aumenta en las puntuaciones mayores de los instrumentos, caso contrario a las pacientes quirúrgicas, donde tanto la CVRS y la FS mejoran en el tiempo, ($P= 0,008$), ($P=0,000$) respectivamente, analizado al año, 2 años y 3 años.

Al medir la función sexual, en este estudio se obtuvieron mejores resultados en el grupo cirugía, con un total IFSF (27,93 puntos) en el 76 %, no siendo estadísticamente significativo con una ($P= 0,051$), lo cual es contrario a lo descrito por Zhou y col. ⁽³⁸⁾ quienes encontraron disfunción sexual en las pacientes en un 78 % (IFSF $\leq 26,55$ puntos), siendo la puntuación media para el deseo sexual de 2,58; 1,81 para excitación; 2,80 para satisfacción sexual y 2,47 para dispareunia. Mientras que al comparar con Frumovitz y col. ⁽⁴⁴⁾ coinciden, puesto que estos informaron que las supervivientes de CCU tratados con cirugía, solo pueden esperar una CV y una FS mejor al comparar con las pacientes tratadas con radioterapia.

Concluimos: Los resultados de este estudio indican que los tratamientos actuales para tratar mujeres con CCU tienen efectos adversos en la CV, CVRS y FS y aunque pareciera ser el tratamiento quirúrgico el mejor, solo se puede ofrecer, según los reportes actuales a pacientes con estadios iniciales.

RECOMENDACIONES

Realizar abordaje multidisciplinario de este grupo de pacientes en vista de la disfunción

sexual evidente en las pacientes, sobre todo en quienes se indicó adyuvancia con radioterapia más quimioterapia concurrente.

Establecer pautas de seguimiento y tratamiento a través del apoyo de psicólogos, sexólogos y terapeutas sexuales, para mejorar su CVRS y FS, incluyendo además a su pareja como parte de las estrategias.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(2):319-324.
- Denny L, Anorlu R. Cervical cancer in Africa. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(9):1434-1438.
- Melan K, Janky E, Macni J, Ulric-Gervaise S, Dorival MJ, Veronique-Baudin J, et al. Epidemiology and survival of cervical cancer in the French West-Indies: Data from the Martinique Cancer Registry (2002-2011). *Glob Health Action*. 2017;10(1):1337341.
- Hernández D, Apresa T, Patlán R. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53:S154-161.
- Capote L. Resumen del cáncer en Venezuela. 2012. *Rev Venez Oncol*. 2015;27(4):256-268.
- Sociedad Anticancerosa de Venezuela y Centro de Estadística - Universidad Simón Bolívar. Informe de pronósticos de la mortalidad e incidencia de cáncer en Venezuela año (2016). [Actualizado 2017. Recuperado octubre 2018]. Disponible en: URL: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/boletin-incidencia-mortalidad-cancer-informe-pronosticos-mortalidad-venezuela-2016.pdf>
- Medina F, Sánchez J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez C, et al. Cáncer de cuello uterino. Consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. *Rev Venez Oncol*. 2011;23(2):102-129.
- Xie Y, Zhao F, Si-Han L, Huang H, Pan X, Yang C, et al. Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different stage. *Chin J Cancer*. 2013;32:275-282.
- Hernández D, Linaldi F, Apresa T, Escudero P, Alvarado I, Ornelas L, et al. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45:313-320.
- Lopez MS, Baker ES, Maza M, Fontes-Cintra G, Lopez A, Carvajal JM, et al. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. *J Surg Oncol*. 2017;115(5):615-618.
- Ibeanu OA. Molecular pathogenesis of cervical cancer. *Cancer Biol Ther*. 2011;11(3):295-306.
- Zeng Y, Ching Shirley S, Loke A. Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:30
- Schwaiger C, Aruda M, LaCoursiere S, Rubin R. Current guidelines for cervical cancer screening. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012;24(7):417-424.
- Wright JD, Matsuo K, Huang Y, Terga A, Hou, J, Khoury-C, et al. Prognostic Performance of the 2018 International Federation of Gynecology and Obstetrics Cervical Cancer Staging Guidelines. *Obstet Gynecol*. 2019;134(1):49-57.
- Mathevet P, Lecuru F, Bouttitie F, Magaud L, Guyon F, Querleu D, et al. Sentinel lymph node biopsy for early cervical cancer: Results of a randomized prospective, multicenter study (Senticol 2) comparing adding pelvic lymph node dissection vs sentinel node biopsy only. *Eur J Cancer*. 2021;148:307-315.
- Liontos M, Kyriazoglou A, Dimitriadis I, Dimopoulos MA, Bamias A. Systemic therapy in cervical cancer: 30 years in review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2019;137:9-17.
- Brucker SY, Ulrich UA. Surgical treatment of early-stage cervical cancer. *Oncol Res Treat*. 2016;39(9):508-514.
- Naga Ch P, Gurram L, Chopra S, Mahantshetty U. The management of locally advanced cervical cancer. *Curr Opin Oncol*. 2018;30(5):323-329.
- Marquina G, Manzano A, Casado A. Targeted agents in cervical cancer: Beyond Bevacizumab. *Curr Oncol Rep*. 2018;20(5):40.
- Rodríguez Á, Santos M, Noguera M, Romero L. Seguimiento y sobrevida de pacientes con carcinoma invasor del cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68:81-86.
- Sepúlveda P, González F, Napolitano C, Roncone E, Cavada G. Cáncer de cuello uterino: sobrevida a 3 y 5 años en Hospital San José. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73:151-154.

22. Jones G, Ledger W, Bonnett T, Radley S, Parkinson N, Kennedy S. The impact of treatment for gynecological cancer on health-related quality of life (HRQoL): A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:26-42.
23. Zeng Y, Ching Shirley S, Loke A. Quality of life measurement in women with cervical cancer: Implications for Chinese cervical cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:30.
24. Roizen M, Figueroa C, Salvia L, Comité calidad vida y salud. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Arch Argent Pediatr.* 2007;105:305-313.
25. Torres P, Irrarázaval M, Fasce G, Urrejola R, Pierotic M, León H, et al. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: experiencia FALP. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75:383-389.
26. Matute V, Arévalo C, Espinoza A. Estudio transversal: prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga. *Rev Méd HJCA.* 2016;8:19-24.
27. Lee Y, Lim M, Kim S, Joo J, Lee D, Park S. Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Res Treat.* 2016;48:1321-1329.
28. Boa R, Grénman S. Psychosexual health in gynecologic cancer. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143:147-152.
29. Bae H, Park H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Support Care Cancer.* 2016;24:1277-1283.
30. Fernandes W, Kimura M. Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18: 65-72.
31. Die-Trill M. Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura.* 2015;191:a240.
32. Frank J, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician.* 2008;77:635-642.
33. Grion R, Baccaro L, Vaz A, Costa L, Conde D, Pinto A. Sexual function and quality of life in women with cervical cancer before radiotherapy: A pilot study. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293:879-886.
34. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Transl Androl Urol.* 2015;4(2):186-205.
35. Cerda P, Pino P, Urrutia M. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:216-221.
36. Rannestad T, Eikelan O, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre-and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:46-51.
37. Plotti F, Terranova C, Capriglione S, Crispino S, Li Pomi A, Nardone C, et al. Assessment of quality of life and urinary and sexual function after radical hysterectomy in long-term cervical cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer.* 2018;28:818-823.
38. Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *J Can Res Ther.* 2016;12:938-944.
39. Dahiya N, Acharya AS, Bachan Di, Sharma D, Gupta Haresh K, et al. Quality of life of patients with advanced cervical cancer before and after chemoradiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(7):3095-3099.
40. Organización Mundial de la Salud. The World Organization quality of life instruments. [Actualizado 2005. Recuperado octubre 2018]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
41. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Facultad Nac Salud Pública.* 2006;24:37-50.
42. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19:135-150.
43. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191-208.
44. Frumovitz M, Sun C, Schover L, Munsell M, Jhingran A, Wharton J, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2005;23:7428-7436