Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e10984.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984

Cáncer de órganos femeninos. Tendencias en pacientes hospitalizadas

Cancer of female organs. Trends in hospitalized patients.

Héctor Riquelme Heras,[1] Raúl Gutiérrez Herrera,[2] José Ramírez Aranda,[3] Yeyetzy Ordóñez Azuara,[4] Javier de León Sandoval,[5] Mario Quintero García[2]

Resumen

OBJETIVO: Describir el comportamiento epidemiológico de los cánceres ginecológicos en los últimos 12 años en pacientes hospitalizadas en una institución de tercer nivel de la zona metropolitana de Nuevo León, México.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y transversal llevado a cabo con base en los datos del alta hospitalaria (2014-2025). Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria, la duración de la estancia y las comorbilidades asociadas de pacientes con cánceres ginecológicos.
RESULTADOS: Se estudiaron 3094 pacientes con cánceres ginecológicos en los que el de cuello uterino resultó el principal problema epidemiológico con 51.7% de los diagnósticos, seguido del cáncer de mama (21.7%) y del cáncer del cuerpo uterino (17.5%). Las principales comorbilidades asociadas con los casos fueron: la endocrina, nutricional y metabólica (n = 392). En relación con la mortalidad, el cáncer de mama registró el mayor número absoluto de decesos en el recuento de casos (n = 81), representó el 47.1% del total de muertes registradas. El factor de riesgo de mortalidad más fuerte fue la comorbilidad respiratoria (OR = 29.8; IC95%: 21.16-42.00; p < 0.001).
CONCLUSIÓN: En nuestro entorno local (Noreste de México), la tendencia de hospitalizaciones por cáncer de mama y ginecológico es hacia una disminución gradual a lo largo del periodo de estudio. Es imperativo fortalecer los programas de detección temprana de cáncer cervicouterino y cáncer de mama.
PALABRAS CLAVE: Cáncer; pacientes hospitalizadas; mortalidad intrahospitalaria; cáncer de cuello uterino; cáncer de mama; factores de riesgo; México.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the epidemiological behavior of gynecological cancers in patients hospitalized at a tertiary university hospital in the metropolitan area of Nuevo León, Mexico, over the last 12 years.
METHODS: This was an observational, retrospective, cross-sectional study based on hospital discharge data from 2014 to 2025. The in-hospital mortality rate, length of stay, and associated comorbidities of patients with gynecological cancers were evaluated.
RESULTS: A study of 3,094 patients with gynaecological cancers found that cervical cancer was the most common accounting for 51.7% of diagnoses, followed by breast cancer (21.7%) and uterine body cancer (17.5%). The main comorbidities associated with the cases were: endocrine, nutritional, and metabolic (n = 392). Breast cancer had the highest absolute number of deaths (n = 81), representing 47.1% of total recorded deaths. The strongest mortality risk factor was respiratory comorbidity (OR = 29.8, 95% CI: 21.16-42.00; p < 0.001).
CONCLUSION: In our local setting (northeastern Mexico), there was a gradual decline in hospitalizations for breast and gynecological cancers over the study period. Strengthening early detection programs for cervical and breast cancer is imperative.
KEYWORDS: Cancer; Hospitalized patients; In-hospital mortality; Cervical cancer; Breast cancer; Risk factors; Mexico.

[1] Doctorado en medicina, profesor del Departamento de Medicina Familiar.
[2] Doctorado en medicina, jefe del Departamento de Medicina Familiar.
[3] Doctorado en investigación, profesor del Departamento de Medicina Familiar.
[4] Especialista en medicina familiar, profesora del Departamento de Medicina Familiar.
[5] MIP Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Departamento de Medicina Familiar, Monterrey, Nuevo León.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-8776-1931
https://orcid.org/0000-0002-1320-6214
https://orcid.org/0000-0001-7364-6847
https://orcid.org/0000-0002-4425-8770
https://orcid.org/0009-0005-2869-5064
https://orcid.org/0009-0000-1882-0953

Recibido: noviembre 2025

Aceptado: enero 2025

Correspondencia
Héctor Riquelme Heras
iquelme@alumni.com

Este artículo debe citarse como:
Riquelme-Heras H, Gutiérrez-Herrera R, Ramírez-Aranda J, Ordoñez-Azuara Y, De León-Sandoval J, Quintero-García M. Cáncer de órganos femeninos. Tendencias en pacientes hospitalizadas. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e10984. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984

ANTECEDENTES

Los tres principales cánceres que afectan a las mujeres mayores de 50 años, en el área fisiológica y psicológica en el mundo, son: el de mama, de cuello uterino y el de ovario.[1] Las cifras de morbilidad y mortalidad de estos cánceres varían dependiendo del país de que se trate. El cáncer de mama y de cuello uterino son los dos que más contribuyen a la morbilidad y mortalidad por cáncer ginecológico. En 2012, el cáncer de mama y de cuello uterino cobraron la muerte de 522,000 y 266,000 mujeres, respectivamente.[2]

Para el 2025 se proyectó que ocurrirían 2,041,910 nuevos casos de cáncer y 618,120 fallecimientos por cáncer en Estados Unidos.[3] El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente y la causa más común de muerte por cáncer ginecológico en el mundo.[4] Los tipos de cáncer más comunes varían según el país. El cáncer de cuello uterino es el más común en 23 países, principalmente de África.[5,6]

Según el informe *Global Cancer Report 2020* de la OMS, el cáncer de cuello uterino también representa una carga importante a nivel mundial en mujeres. La incidencia global estimada para 2020 fue de, aproximadamente, 604,000 nuevos casos, lo que lo convierte en uno de los cánceres más comunes en mujeres en muchas regiones, especialmente en países en desarrollo.[7]

La prevención y detección temprana son fundamentales para disminuir la carga de cáncer ginecológico y mejorar la supervivencia. Las pruebas de detección de papilomavirus humanos, como técnica prioritaria para el cáncer de cuello uterino, y la mamografía para detectar el cáncer de mama en las mujeres de 50 a 69 años, en los lugares donde el sistema de salud pueda ofrecerlas, siguen siendo los métodos indiscutibles de tamizaje y diagnóstico oportuno.[8]

La mortalidad en México por cáncer de mama en 2020 fue, aproximadamente, de 8,000 muertes. Esta neoplasia es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres mexicanas, y con un estimado de 29,929 nuevos casos.[9] En 2023 la tasa de mortalidad fue de 9.3 por cada 100,000 habitantes en el grupo de 30 a 59 años.[10]

En México, para 2020, el cáncer cervicouterino fue el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres, con un estimado de 9439 nuevos casos y 4335 muertes. Una tasa de incidencia de 12.6 y de mortalidad de 5.7 por cada 100,000 mujeres.[11]

La mortalidad por cáncer de mama en Estados Unidos, en 2023, fue de 43,000 fallecimientos, con una incidencia de 298,000 casos, aproximadamente. Sin embargo, la mortalidad por cáncer cervicouterino fue de 4300 y la incidencia de 13,900.[12]

En los últimos diez años la incidencia global de cáncer de mama y de cuello uterino ha mostrado tendencias diferentes; pero, en general, ambas han sido motivo de preocupación a nivel mundial.

La incidencia de cáncer de mama ha aumentado de manera constante en todo el mundo durante la última década, principalmente debido a factores de envejecimiento de la población, cambios en estilos de vida y mejoras en los programas de detección. La OMS reporta que la incidencia global de cáncer de mama sigue en aumento, con tasas que varían según las regiones: más altas en países desarrollados. Se estima que en 2022 fallecieron 670,000 personas por cáncer de mama en todo el mundo. Aproximadamente la mitad de todos los casos de cáncer de mama afectan a mujeres que no tienen factores de riesgo específicos, aparte de la edad.[13]

En muchos países la incidencia del cáncer de cuello uterino ha mostrado una tendencia a la es-

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984

tabilización o reducción, principalmente gracias a los programas de vacunación contra el VPH, detección temprana y tratamiento preventivo. Sin embargo, en regiones en desarrollo, aún se observan tasas elevadas y en aumento.[14]

El objetivo principal de este estudio fue: describir el comportamiento epidemiológico de los cánceres ginecológicos en los últimos 12 años en pacientes hospitalizadas en un hospital universitario de tercer nivel de la zona metropolitana de Nuevo León, México. Los objetivos específicos: *1)* determinar la frecuencia y variación de los cánceres de mama, vulva, vagina, ovario, cuerpo del útero y de cuello uterino a lo largo de 12 años. *2)* Determinar las comorbilidades asociadas con los cánceres ginecológicos y clasificarlas por aparatos y sistemas. *3)* Determinar la relación entre la mortalidad de los cánceres ginecológicos y las comorbilidades de las pacientes. *4)* Determinar la relación entre la carga de comorbilidad asociada con los cánceres ginecológicos y el periodo prepandemia y pospandemia.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional, retrospectivo y transversal fundamentado en datos del alta hospitalaria recopilados de forma rutinaria (enero 2014-agosto 2025) en un hospital universitario de alta especialización en México. El análisis evaluó la distribución de los cánceres de mama, cuello uterino, cuerpo del útero, vagina, vulva y ovario, la mortalidad intra-hospitalaria y la duración de la estancia. Se elaboraron tablas de frecuencia y gráficas para el tipo de cáncer y la edad. No se recopilaron datos adicionales ni se dio seguimiento adicional. El diseño y la presentación del estudio siguieron las directrices STROBE-RECORD para estudios observacionales que utilizan datos de salud recopilados de forma rutinaria.

Se eliminaron los registros duplicados (reingresos por el mismo tipo de cáncer) utilizando el identificador de la paciente y las fechas de ingreso y alta.

Para los análisis descriptivos por tipo de cáncer, cada código generó una fila (datos expandidos por tipo) con la duración de la estancia hospitalaria y comorbilidades. La mortalidad se clasificó según el diagnóstico. La edad se categorizó en grupos de 10 años. Los análisis utilizaron medianas para la duración de la estancia hospitalaria (variable no paramétrica) y proporciones (%) para la mortalidad, todos ellos expresados por subtipo de cáncer. Para comparar la probabilidad de un evento entre dos grupos se hicieron evaluaciones estadísticas con razón de momios.

RESULTADOS

Se recopilaron y analizaron todos los informes del alta de 3877 pacientes ingresadas al hospital con diagnóstico de cáncer de mama, cuerpo del útero, cuello uterino, ovario, vulva y vagina. Se eliminaron 783 pacientes de reingreso (580 con un reingreso, 127 con dos reingresos, 48 con tres reingresos, 18 con cuatro, 6 con cinco, 2 con seis y 1 paciente con 7 reingresos). Los cánceres se agruparon según los códigos C50-C56 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): C50, C51, C52, C53, C54, C56. Se incluyeron 17 pacientes con diagnóstico de "tumor maligno del útero, parte no especificada" (C55). Se estudiaron las altas (por mejoría o por defunción) de las 3877 pacientes de primer ingreso al hospital.

El cáncer de cuello uterino fue el principal problema epidemiológico al representar el 51.7% de los diagnósticos, seguido del cáncer de mama (21.7%) y del de cuerpo del útero (17.5%). De los cánceres de cuerpo del útero 618 correspondieron a cáncer de endometrio (15.90%) (c54.1) **(Cuadro 1)**. Ocho pacientes tuvieron, simultáneamente, dos tipos de cáncer: mama y cervicouterio.

Cuadro 1. Distribución de los cánceres

Tipos de cáncer*	n	% del total de diagnósticos
Cáncer de mama (C50)	844	21.7
Cáncer de vulva (C51)	30	0.8
Cáncer de vagina (C52)	21	0.5
Cáncer de cuello uterino (C53)	2008	51.7
Cáncer de cuerpo del útero (C54)	679	17.5
Cáncer de ovario (C56)	303	7.8
Total	3885	100

* Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.

El cáncer de cuello uterino alcanzó su máxima incidencia en el grupo de 30 a 49 años y afectó a mujeres en edad productiva (51.4% de sus casos). En contraste, los cánceres de cuerpo del útero y el cáncer de mama, concentraron la mayoría de sus casos (más del 64% y más del 48%, respectivamente) en la población mayor de 50 años. **Cuadro 2**

En el conjunto de pacientes se detectaron 1275 comorbilidades. Las principales comorbilidades asociadas con los casos fueron: endocrinas, nutricionales y metabólicas (n = 392), lo que indica una alta prevalencia de obesidad y diabetes entre las pacientes oncológicas. **Cuadro 3**

En relación con la mortalidad, el cáncer de mama registró el mayor número absoluto de decesos en el recuento de casos (n = 81), lo que representó el 47.1% del total de muertes registradas. El cáncer de cuello uterino (45 muertes) y el de ovario (31 muertes) fueron los siguientes en frecuencia. Es destacable que, en proporción a su baja incidencia total (303 casos), el cáncer de ovario contribuyó con la tercera cantidad más alta de decesos entre los cánceres ginecológicos (**Cuadro 4**). En cada grupo de comorbilidad se distribuyen los 172 fallecimientos generales. **Cuadro 5**

El análisis estadístico identificó que la coexistencia de múltiples comorbilidades estaba estrechamente asociada con un incremento en las probabilidades de mortalidad. El factor de riesgo más relevante fue la comorbilidad respiratoria (OR = 29.8; IC95%: 21.16-42.00; p < 0.001). Otros factores de riesgo significativos incluyeron comorbilidades digestivas (OR = 8.73;

Cuadro 2. Distribución de los cánceres por grupo de edad

Grupos de edad	Cáncer de mama		Cáncer de vulva		Cáncer de vagina		Cáncer de ovario		Cáncer de cuerpo del útero		Cáncer de cuello uterino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 9 años	1	0.1	1	3.3	0	0.0	4	1.3	1	0.1	1	0.0
10 a 19 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	4.6	1	0.1	1	0.0
20 a 29 años	16	1.9	0	0.0	1	4.8	28	9.2	7	1.0	104	5.2
30 a 39 años	91	10.8	2	6.7	1	4.8	23	7.6	40	5.9	465	23.2
40 a 49 años	220	26.1	6	20.0	2	9.5	62	20.5	87	12.8	567	28.2
50 a 59 años	218	25.8	7	23.3	3	14.3	73	24.1	217	32.0	423	21.1
60 a 69 años	191	22.6	1	3.3	6	28.6	70	23.1	219	32.3	260	12.9
70 a 79 años	73	8.6	9	30.0	4	19.0	23	7.6	89	13.1	142	7.1
80 a 89 años	26	3.1	4	13.3	4	19.0	6	2.0	18	2.7	42	2.1
90 a 100 años	8	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.1
Total	844	100	30	100	21	100	303	100	679	100	2008	100

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984

Cuadro 3. Frecuencia de comorbilidades por tipo de cáncer

Comorbilidad	Cáncer de mama	Cáncer de vulva	Cáncer de vagina	Cáncer de ovario	Cáncer de cuerpo del útero	Cáncer de cuello uterino	Total
	n	n	n	n	n	n	
Circulatoria	63	3	2	24	36	59	187
Respiratoria	85	0	0	30	6	23	144
Digestiva	21	0	1	16	5	21	64
Genitourinaria	18	1	1	11	12	96	139
Endocrino, nutricional, metabólica	147	5	2	42	77	119	392
Trastornos mentales	3	0	0	1	1	1	6
Osteomuscular y tejido conjuntivo	7	0	0	0	0	5	12
Sistema nervioso	9	0	0	2	3	1	15
Infecciosas y parasitarias	12	0	0	5	4	13	34
Órganos de los sentidos (ojo y oído)	3	0	0	0	0	0	3
Lesiones, envenenamiento	6	0	0	1	1	2	10
Enfermedades hematopoyéticas	69	3	1	31	30	123	257
Piel y tejido subcutáneo	7	1	0	1	0	3	12
Total	450	13	7	164	175	466	1275

IC95%: 5.24-14.56; p < 0.001), infecciosas, parasitarias (OR = 10.79; IC95%: 5.76-20.23; p < 0.001), genitourinarias (OR = 3.94, IC95%: 2.44- 6.36, p < 0.001), circulatorias (OR = 3.69, IC95%: 2.38 - 5.71; p < 0.001) y endocrino-nutricionales (OR = 1.87, IC95%: 1.24-2.82, p = 0.002). **Cuadro 6**

Con respecto al periodo de la pandemia se hizo la prueba de Levene que indicó que las varianzas no eran homogéneas (F = 102.21, p < 0.001); por lo tanto, se utilizó la prueba t con grados de libertad ajustados y se confirmó que esta diferencia era estadísticamente significativa (t = 7.233, p < 0.001). Las pacientes diagnosticadas en el periodo pospandemia tuvieron una carga de comorbilidad significativamente mayor que las del periodo pre-pandemia (diferencia de medias = 0.151; IC95%: 0.110-0.192). La tendencia de pacientes hospitalizadas por cáncer de mama, cuello uterino, útero, vagina, vulva y ovario fue hacia la disminución. **Figura 1**

DISCUSIÓN

En nuestro medio (Noreste de México) la tendencia de las hospitalizaciones por cáncer de mama, cuello uterino, cuerpo del útero, vagina, vulva y ovario es hacia la baja paulatina, al menos en los años del estudio. Esto concuerda con otros autores, quienes mencionan que en países en desarrollo y desarrollados esta es la tendencia, sobre todo del cáncer de cuello uterino, al que se le atribuye esta diminución por los programas de Papanicolaou. Sin embargo, los datos agrupados a nivel mundial no son muy alentadores, como lo demuestran los reportes de la OMS y otros autores.[15-18]

Cuadro 4. Mortalidad intrahospitalaria

Grupo de edad	Cáncer de mama		Cáncer de vulva		Cáncer de vagina		Cáncer de ovario		Cáncer de cuerpo del útero		Cáncer de cuelo uterino		Total
	Viva	Fallecida	Viva	Fallecida	Viva	Fallecida	Viva	Fallecida	Viva	Fallecida	Viva	Fallecida	
0 a 9 años	1	0	1	0	0	0	4	0	0	1	1	0	
10 a 19 años	0	0	0	0	0	0	11	3	1	0	1	0	
20 a 29 años	15	1	0	0	1	0	25	3	7	0	103	1	
30 a 39 años	84	7	2	0	0	1	21	2	40	0	455	10	
40 a 49 años	195	25	6	0	2	0	54	8	84	3	554	13	
50 a 59 años	193	25	7	0	3	0	66	7	211	6	416	7	
60 a 69 años	177	14	1	0	6	0	66	4	218	1	254	6	
70 a 79 años	66	7	9	0	4	0	19	4	86	3	137	5	
80 a 89 años	25	1	4	0	4	0	6	0	18	0	39	3	
90 a 100 años	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	
Total		81		0		1		31		14		45	= 172

El estudio de epidemiología del cáncer en un hospital del oriente de México identificó que en la población femenina existe una alta proporción de cáncer de mama (21%) y de piel (11%) en comparación con las estadísticas nacionales e internacionales del 2020. El porcentaje de cáncer cervicouterino (3%) se encontró disminuido en relación con los datos del resto de México (2020).[19]

En pacientes atendidas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (entre 2015 y 2022) se llevó a cabo un análisis epidemiológico del cáncer de endometrio, en el que se encontró que la mayoría de las pacientes eran posmenopáusicas (68.1%), con una media de edad de 57 años.[20] En el estudio que aquí se informa se encontró que el 32% en ese grupo de edad tenía diagnóstico de cáncer de endometrio.

Sung reporta que las tasas de mortalidad por cáncer de mama y de cuello uterino en mujeres fueron considerablemente mayores en los países en transición que en los países en proceso de transición.[17]

El Instituto Mexicano del Seguro Social reportó, en 2020, que en el mundo hay alrededor de 604,127 casos de cáncer cervicouterino, así como 341,831 muertes, lo que lo ubica en el cuarto tipo de cáncer más frecuente y en muertes por esta enfermedad entre mujeres.[16] En el estudio aquí reportado resultó la segunda causa de fallecimientos. La OMS, en 2022, lo reporta como la segunda causa de mortalidad de cáncer en mujeres, después del de mama.[18]

CONCLUSIONES

El análisis de las tendencias de los cánceres ginecológicos durante los últimos diez años en este centro universitario especializado establece implicaciones clínicas fundamentales en

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984

Cuadro 5. Comorbilidades y mortalidad

Comorbilidad		Mortalidad		
		Fallecidas	Vivas	Total
		n	n	n
Circulatoria	No tiene	145	3546	3691
	Sí tiene	27	159	186
Respiratoria	No tiene	80	3653	3733
	Sí tiene	92	52	144
Digestiva	No tiene	150	3663	3813
	Sí tiene	22	42	64
Genitourinaria	No tiene	150	3588	3738
	Sí tiene	22	117	139
Endocrina, nutricional, metabólica	No tiene	142	3343	3485
	Sí tiene	30	362	392
Trastornos mentales-conducta	No tiene	172	3700	3872
	Sí tiene	0	5	5
Osteomuscular y tejido conjuntivo	No tiene	170	3695	3865
	Sí tiene	2	10	12
Sistema nervioso	No tiene	169	3693	3862
	Sí tiene	3	12	15
Infecciosas y parasitarias	No tiene	157	3686	3843
	Sí tiene	15	19	34
Órganos de los sentidos (ojo y oído)	No tiene	171	3703	3874
	Sí tiene	1	2	3
Lesiones, envenenamientos (traumatismos)	No tiene	172	3695	3867
	Sí tiene	0	10	10
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	No tiene	165	3456	3621
	Sí tiene	7	249	256
Piel y tejido subcutáneo	No tiene	170	3695	3865
	Sí tiene	2	10	12

las áreas de carga de morbilidad y predicción de la mortalidad. La cohorte estudiada estuvo dominada por el cáncer de cuello uterino, que representó más de la mitad de los diagnósticos y afectó, primordialmente, al grupo de 30 a 49 años. El análisis estadístico establece que si bien el periodo de diagnóstico (pre en comparación con postpandemia) no fue un predictor estadísticamente significativo de la mortalidad ($p = 0.570$), ésta estuvo determinada de manera robusta por las comorbilidades. La comorbilidad respiratoria fue el factor de riesgo más relevante (OR = 29.8, IC95%: 21.16-42.00, $p < 0.001$), mientras que las pacientes diagnosticadas en el periodo postpandemia tuvieron una carga de comorbilidad significativamente mayor ($p < 0.001$) que el grupo pre-pandemia.

Cuadro 6. Correlación estadística entre mortalidad general y comorbilidad

Comorbilidad	p	OR	IC95%	
			Inferior	Superior
Circulatoria	<0.001	3.69	2.38	5.71
Respiratoria	<0.001	29.81	21.16	42.00
Digestiva	<0.001	8.73	5.24	14.56
Genitourinaria	<0.001	3.94	2.44	6.36
Endocrina, nutricional, metabólica	0.002	1.87	1.24	2.82
Osteomuscular y tejido conjuntivo	0.082	3.78	0.84	17.06
Sistema nervioso	0.017	4.57	1.31	15.93
Infecciosas y parasitarias	<0.001	10.79	5.76	20.23
Órganos de los sentidos (ojo y oído)	0.080	7.55	0.78	72.97
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, inmunidad	0.191	0.60	0.27	1.29
Piel y tejido subcutáneo	0.082	3.78	0.84	17.06
Trastornos mentales-conducta	NA	NA	NA	NA
Lesiones, envenenamientos (traumatismos)	NA	NA	NA	NA

Es indispensable fortalecer los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino en la población joven y, con base en el análisis de mortalidad, se recomienda establecer protocolos de cribado y tratamiento intensivo de las comorbilidades respiratorias, infecciosas y parasitarias en el momento del diagnóstico oncológico porque estas son los predictores de mayor riesgo de desenlace fatal. Asimismo, se sugiere investigar la repercusión a largo plazo del aumento en la carga de comorbilidad observada en la era pospandemia.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Contribución de los autores

Hector Riquelme y Raul Gutiérrez: elaboración del protocolo. *Jose Ramírez:* análisis estadístico de los datos. *Yeyetzy Ordóñez*: elaboración del documento final. *Javier De León y Mario Quintero*: elaboración de las bases de datos.

Declaración de los autores

Este artículo no contiene ningún estudio con humanos o animales llevado a cabo por alguno de los autores.

Referencias clave

- Información sobre el cáncer para mujeres. American Cancer Society. cancer.org Actualizacion 2023. https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7713.96.pdf
- Gobierno de México. IMSS. Epidemiologia dl cáncer cervicouterino. 2022. https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino
- Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal, Cancer statistics. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2023; 73 (1): 17-48. https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21763

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984

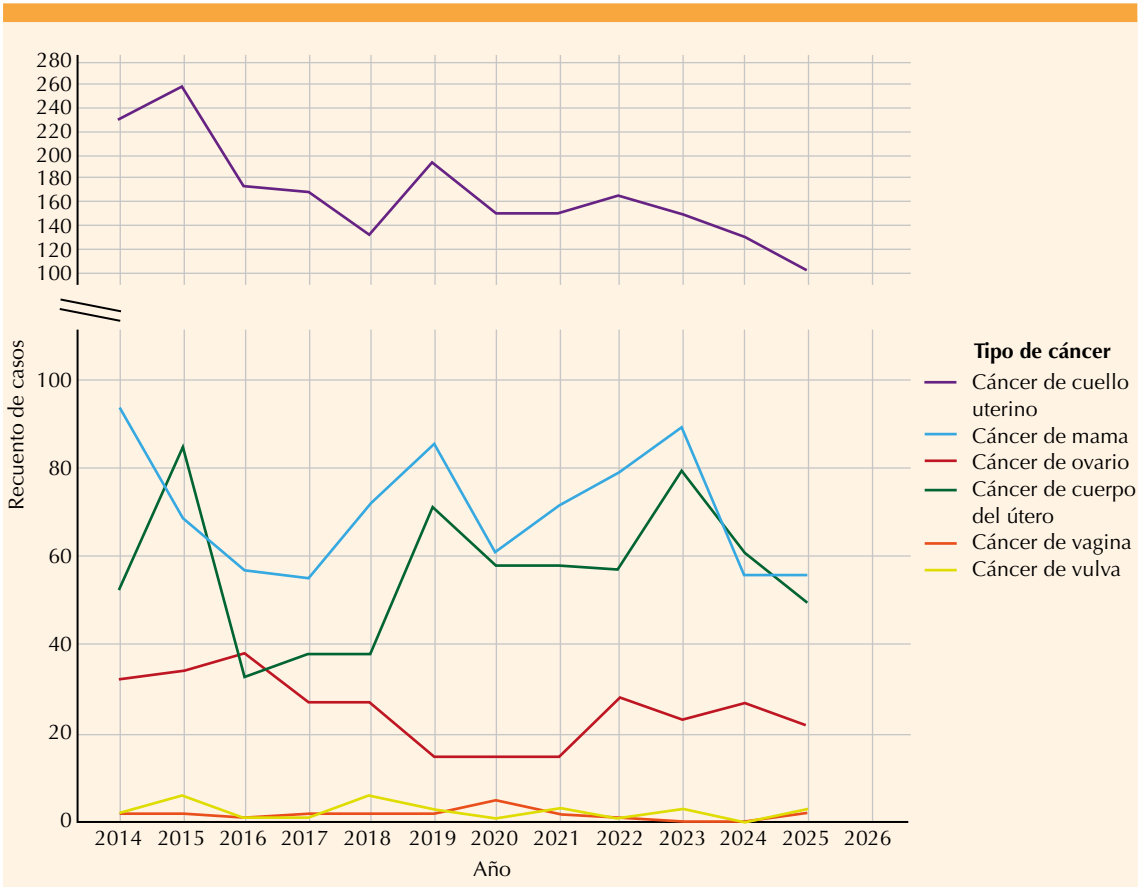


Figura 1. Tendencias del cáncer en la mujer.

Permisos

Todas las Figuras y Cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Información sobre el cáncer para mujeres. American Cancer Society. cancer.org Actualizacion 2023. https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7713.96.pdf
2. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. Lancet 2017; 389 (10071): 847-860. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6191029/
3. Siegel RL, Kratzer TB, Giaquinto AN, Sung H, et al. Cancer statistics, 2025. CA Cancer J Clin 2025; 75 (1): 10-45. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39817679/
4. OPS/OMS. cáncer de mama. 2022. https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama
5. Organización Mundial de la Salud, Global cáncer Report 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer
6. Grupo de trabajo del IARC pata la evaluación de intervenciones preventivas del cáncer. Detección del cáncer de cuello uterino. Lyon (FR): Agencia internacional para la Investigación del cáncer, 2022. Manuales del IARC sobre prevención del cáncer, n.º 18). 1. cáncer de cuello uterino. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK601983/
7. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. Lancet Glob Health 2023; 11 (2): e197-e206. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9848409/
8. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa, 2022. ttps://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer
9. Secretaría de Salud de México. Información sobre cáncer de mama en México. 2022. https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014

10. INEGI. Comunicado de Prensa. 39/25. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_DMvsCancer25.pdf
11. Gobierno de México. IMSS. Epidemiologia dl cáncer cervicouterino. 2022. https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino
12. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS. Cancer statistics. CA. Cancer Journal for Clinicians 2023; *73* (1): 17-48. https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21763
13. OMS. Cáncer de mama 2024. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
14. Ou Y, Lin Z, Chokkakula S, Chong S, et al. Trends in cervical cancer incidence in the United States from 2000-2019. Epidemiología clínica y Salud Global 2025; 33 (102002): 1-8. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398425000910
15. Tukasiewicz S, Czeczelewski M, Forma A, Baj J, et al. Breast cancer-epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies. An Updated Review. Cancers (Basel) 2021; 25; 13 (17): 4287. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8428369/
16. Organización Mundial de la Salud. (2022). Global Cancer Statistics *2022*. World Health Organization. https://gco.iarc.fr/today
17. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, et al. Global Cancer Statistics 2020. CA: Cancer Journal for Clinicians 2021; 71(3), 209-249. https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660
18. Organización Mundial de la Salud: International Research Cancer. Global Cancer Observatory. 2022. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf
19. Pérez-Irigoyen N, Roque-Flores A, Vadillo-Alvarado AE, et al. Epidemiología del cáncer en patología de un hospital del oriente de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2024; 62 (2): e5462. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12133223/pdf/04435117-62-2-e5462.pdf
20. Vázques CE. Tesis: Análisis epidemiológico del cáncer de endometrio atendido en un hospital de tercer nivel. UNAM. Dirección General de Bibliotecas, 2024. https://ru.dgb.unam.mx/bitstreams/6be776bb-9220-42e8-a9db-d627b2cbbbf3/download

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto **(Cartas al editor)** para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.10984