



**TÍTULO DEL ESTUDIO: “FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN UN HOSPITAL DE ESSALUD: UNA COHORTE RETROSPECTIVA”**

**REPORTE DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN 04-2023**

JUAN ALBERTO SANTILLANA CALLIRGOS  
Director de IETSI

DAYSI ZULEMA DÍAZ OBREGÓN  
Gerente de la Dirección de Investigación en Salud – IETSI

#### **Autores**

- Diego Urrunaga-Pastor – IETSI-EsSalud.
- Juan Carlos Yábar Peña - Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud

#### **Reporte de resultados de investigación 04-2023**

El presente reporte es el resultado de una investigación realizada en el marco de los temas de investigación en salud prioritarios para ESSALUD, para el periodo 2023-2025, aprobados con la Resolución de IETSI N° 24-IETSI-2023.

Tema de salud en investigación prioritario: Cáncer.

Subtema de salud en investigación prioritario: Epidemiología del cáncer de cuello uterino.

#### **Conflicto de intereses**

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés financiero o no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

#### **Aprobación Ética**

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco – EsSalud.

#### **Financiamiento**

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), ESSALUD, Perú.

#### **Citación**

Este documento debe ser citado como: “Factores de riesgo para mortalidad en pacientes con cáncer de cuello de útero en un hospital de EsSalud: una cohorte retrospectiva”.

#### **Datos de contacto**

Diego Urrunaga Pastor

Correo electrónico: diego.urrunaga.pastor1@gmail.com

Teléfono: (+511)265 6000, anexo 1966

## Contenido

Resumen .....	4
Introducción.....	6
Métodos.....	7
Resultados.....	8
Discusión .....	9
Referencias Bibliográficas .....	11

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de cuello de útero, es el cuarto cáncer más común en el mundo y una de las causas de muerte por cáncer en mujeres más frecuentes en el mundo. No obstante, esta cifra se agudiza en países de bajos y medianos ingresos. Esta situación podría ser peor incluso debido al sistema de salud fragmentado que presenta nuestro país, por lo cual, es relevante explorar esta problemática. El objetivo del estudio fue evaluar los factores de riesgo para mortalidad en las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello de útero en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco (HNAGV) entre 2007 a 2017.

**Metodología:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva empleando las fichas de recolección de datos del HNAGV y las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello de útero entre 2007 a 2017. La población de estudio fueron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello de útero en el HNAGV entre 2007 a 2017. La variable dependiente fue la incidencia de mortalidad, esta se revisó mediante el seguimiento realizado por la oficina de epidemiología como parte de labores de vigilancia epidemiológica. Las variables independientes fue la edad, el estadio clínico al diagnóstico, si recibió cirugía, radioterapia o quimioterapia. Para el análisis de datos se importó la base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel 2010<sup>®</sup> al paquete estadístico Stata/SE<sup>®</sup> versión 17.0 (StataCorp, TX, USA). Se realizó un modelo de regresión de Cox para estimar hazard ratios (HR) crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se empleó un criterio estadístico para la realización del modelo ajustado. El protocolo de estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del la Red Asistencial Cusco.

**Resultados:** Se incluyó a 373 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. En la muestra de estudio se halló una media de edad de 48,5 años y encontrando que el 46,6% (n=174) tuvo entre 41 a 59 años. El 57,6% (n=215) presentó un estadio in situ o I al diagnóstico, mientras que el 59,8% (n=223) recibió cirugía, el 23,9% (n=89) radioterapia, el 20,4% (n=76) quimioterapia y el 30,3% (n=113) falleció al final del seguimiento. En el modelo ajustado de regresión de Cox hallamos que aquellas mujeres de 60 a más años tuvieron un mayor hazard de morir que aquellas de 40 a menos años (HRa=1,87; IC95%: 1,11-3,12). Se halló que aquellas mujeres que recibieron cirugía (HRa=0,30; IC95%: 0,19-0,47) tuvieron un menor hazard de morir que aquellas que no recibieron. Asimismo, se halló que aquellas mujeres que recibieron radioterapia (HRa=1,76; IC95%: 1,13-2,75) o quimioterapia (HRa=0,63; IC95%: 0,41-0,97) tuvieron un mayor hazard de morir que aquellas que no recibieron.

**Conclusiones:** Se halló que tres de cada 10 falleció al final del seguimiento. Hallamos que aquellas mujeres de 60 a más años y recibieron radioterapia presentaron un mayor hazard de morir, mientras que aquellas que recibieron cirugía y quimioterapia, tuvieron un menor hazard de morir. El presente estudio representa evidencia a nivel de EsSalud, que podría servir de base para futuros estudios en nuestro país.

**Palabras clave:** Cáncer; Cuello uterino; Mortalidad; Mujer; Perú (Fuente: DeCS).

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero, según el Reporte Mundial de cáncer de 2017, es el cuarto cáncer más común en el mundo (528000 casos nuevos/año) y la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres en el mundo (266000 muertes/año), según se estimó para 2012 (1–3). Esta enfermedad afecta predominantemente a mujeres en países de bajos recursos: casi 70% de los casos nuevos ocurren en áreas con niveles de desarrollo humano bajos o medianos (1).

En el Perú, el Registro Poblacional de Cáncer de Lima encontró durante el periodo de 2010-2012, que el cáncer de cuello uterino fue el segundo más frecuente. Se registraron 3163 casos nuevos, y una tasa de incidencia estandarizada de 21,1 casos por 100.000 mujeres. Asimismo, el cáncer de cuello uterino representó el 9,6% de todas las neoplasias malignas en mujeres. Ocupó el cuarto lugar dentro de todas las neoplasias malignas estudiadas. Además, se registraron 1201 muertos por éste cáncer el periodo 2010 a 2012, con una tasa de mortalidad de 8 por 100000 mujeres (4)

Lamentablemente nuestro país no cuenta con información fidedigna en cuanto a la epidemiología del cáncer por cuanto solo tenemos tres registros poblacionales en Lima, Arequipa y Trujillo, por lo que la incidencia de este cáncer se basa en los estimados calculados en base a la información de los mencionados registros. Por este motivo la tasa estandarizada por edad por 100000 habitantes estimada para este cáncer en nuestro país es de 32,7 (5)

En EsSalud se han implementado desde 2007 las Unidades de Registro Oncológico (URO), que actualmente funcionan en 8 hospitales nacionales. Estas URO emiten información estadística y a la fecha ya pueden proporcionar información en cuanto a sobrevida de cáncer, lo que nos permitirá conocer mejor la información del cáncer en nuestra realidad. Por lo ya expuesto, el objetivo del estudio fue evaluar los factores de riesgo para mortalidad en las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello de útero en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco entre 2007 a 2017.

## MÉTODOS

### Diseño y población

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva empleando las fichas de recolección de datos de la URO N°07 del HNAGV y las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello de útero entre 2007 a 2017. La población de estudio fueron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello de útero en el HNAGV entre 2007 a 2017.

### Variables

La variable dependiente fue la incidencia de mortalidad, esta se revisó mediante el seguimiento realizado por la oficina de epidemiología como parte de labores de vigilancia epidemiológica.

Las variables independientes fue la edad (en años cumplidos), el estadio clínico al diagnóstico (in situ, estadio I, II, III, IV) (6), si recibió cirugía (sí, no), radioterapia (sí, no) o quimioterapia (sí, no).

### Procedimientos

Se levantó información procedente de las historias clínicas de las pacientes registradas en la base de datos de la unidad de registro oncológico N° 07 (URO 07), del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de EsSalud Cusco, que cumplan los criterios de inclusión.

### Análisis estadístico

Para el análisis de datos se importó la base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel 2010<sup>®</sup> al paquete estadístico Stata/SE<sup>®</sup> versión 17.0 (StataCorp, TX, USA). Las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias relativas y absolutas, mientras que las cuantitativas se resumieron utilizando medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis bivariado entre las covariables de interés cualitativas y las dimensiones de evaluación de la calidad se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, tras evaluar el cumplimiento de los supuestos. Asimismo, el análisis bivariado entre las covariables numéricas y la incidencia de mortalidad se realizó mediante la prueba de t de student, tras evaluar el cumplimiento de los supuestos estadísticos. Se realizó un modelo de regresión de Cox para estimar hazard ratios (HR) crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se empleó un criterio estadístico para la realización del modelo ajustado.

### Aspectos éticos

La información se manejó de manera anónima, no se reveló en ninguna parte del estudio los nombres de las pacientes estudiadas y se rigió a lo dispuesto en el Artículo 14 de la Ley N°29733, de protección de datos personales. Asimismo, la base de datos fue analizada sin incluir variables identificadoras, manteniendo el anonimato. El protocolo de estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Red Asistencial Cusco.

## RESULTADOS

Se incluyó a 373 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. En la muestra de estudio se halló una media de edad de 48,5 años y encontrando que el 46,6% (n=174) tuvo entre 41 a 59 años. El 57,6% (n=215) presentó un estadio in situ o I al diagnóstico, mientras que el 59,8% (n=223) recibió cirugía, el 23,9% (n=89) radioterapia, el 20,4% (n=76) quimioterapia y el 30,3% (n=113) falleció al final del seguimiento (Tabla 1).

Con respecto al análisis bivariado, hallamos diferencias en las medias de edad, siendo mayor en aquellos que fallecieron (54,1 vs. 46,1;  $p<0,001$ ). Asimismo, encontramos una mayor incidencia de mortalidad en aquellos grupos de mayor edad ( $p<0,001$ ), en aquellos que recibieron cirugía ( $p<0,001$ ), radioterapia ( $p<0,001$ ) y quimioterapia ( $p<0,001$ ) (Tabla 2).

En el modelo crudo de regresión de Cox hallamos que aquellas mujeres de 60 a más años tuvieron un mayor hazard de morir que aquellas de 40 a menos años (HRc=2,30; IC95%: 1,39-3,82). Además, aquellas mujeres en estadio II (HRc=3,46; IC95%: 1,50-7,95), estadio III (HRc=10,29; IC95%: 4,60-23,04) y estadio IV (HRc=16,20; IC95%: 7,08-37,04) presentaron un mayor hazard de morir que aquellas con un estadio in situ al diagnóstico. Se halló que aquellas mujeres que recibieron cirugía (HRc=0,26; IC95%: 0,18-0,40) tuvieron un menor hazard de morir que aquellas que no recibieron. Asimismo, se halló que aquellas mujeres que recibieron radioterapia (HRc=2,33; IC95%: 1,60-3,38) tuvieron un mayor hazard de morir que aquellas que no recibieron (Tabla 3).

En el modelo ajustado de regresión de Cox hallamos que aquellas mujeres de 60 a más años tuvieron un mayor hazard de morir que aquellas de 40 a menos años (HRa=1,87; IC95%: 1,11-3,12). Se halló que aquellas mujeres que recibieron cirugía (HRa=0,30; IC95%: 0,19-0,47) tuvieron un menor hazard de morir que aquellas que no recibieron. Asimismo, se halló que aquellas mujeres que recibieron radioterapia (HRa=1,76; IC95%: 1,13-2,75) o quimioterapia (HRa=0,63; IC95%: 0,41-0,97) tuvieron un mayor hazard de morir que aquellas que no recibieron (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

Se analizó a 373 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y se halló que tres de cada 10 falleció al final del seguimiento. Hallamos que aquellas mujeres de 60 a más años y recibieron radioterapia presentaron un mayor hazard de morir, mientras que aquellas que recibieron cirugía y quimioterapia, tuvieron un menor hazard de morir.

Según nuestros hallazgos en el estudio realizado en mujeres peruanas con cáncer de cuello uterino, observamos que aquellas de 60 años en adelante presentaron un mayor riesgo de mortalidad. Lo cual concuerda con estudios previos en distintas regiones y países del mundo. Estos resultados concuerdan con los descritos en estudios previos que también han encontrado una asociación entre la edad avanzada y un peor pronóstico en pacientes con esta enfermedad (7,8). Una posible explicación de esta asociación podría ser la presencia de comorbilidades y la disminución de la respuesta inmune en mujeres mayores, lo que podría dificultar la lucha contra el cáncer (9,10).

Nuestros resultados revelaron que las mujeres que recibieron radioterapia presentaron un mayor riesgo de mortalidad en comparación con aquellas que no la recibieron. Estos hallazgos concuerdan con lo planteado en estudios anteriores que también han encontrado una asociación entre la radioterapia y un aumento en el riesgo de mortalidad en pacientes con cáncer de cuello uterino (11–14). Una posible explicación podría ser la toxicidad asociada con la radioterapia, que puede afectar negativamente los tejidos circundantes y comprometer la respuesta inmune del organismo, lo que a su vez puede influir en el resultado final (15,16).

Encontramos que las mujeres que recibieron cirugía como parte de su tratamiento tuvieron un menor riesgo de mortalidad en comparación con aquellas que no se sometieron a cirugía. Estos resultados coinciden con estudios previos que han demostrado los beneficios de la cirugía en pacientes con cáncer de cuello uterino (17–19). La explicación detrás de esta asociación radica en el hecho de que la cirugía permite la extirpación del tumor y de los ganglios linfáticos afectados, lo que reduce la carga tumoral y puede mejorar las tasas de supervivencia al eliminar la fuente primaria de la enfermedad.

Nuestro estudio reveló que las mujeres que recibieron quimioterapia como parte de su tratamiento tuvieron un menor riesgo de mortalidad en comparación con aquellas que no la recibieron. Estos hallazgos están respaldados por estudios previos que han demostrado los beneficios de la quimioterapia en el cáncer de cuello uterino (20–22). La quimioterapia puede atacar y destruir células cancerosas en todo el cuerpo, incluyendo aquellas que podrían haberse diseminado más allá del cuello uterino. Además, en el caso de quimiorradiación concurrente, la quimioterapia puede mejorar la efectividad de la radioterapia al sensibilizar las células cancerosas a la radiación.

El presente estudio contiene limitaciones, destacando entre ellas la presencia de confusión residual, debido a que podrían haber variables relevantes en la asociación que no pudimos incluir. Asimismo, un

potencial sesgo de información, debido al uso de historias clínicas, las cuales usualmente no contienen la mejor calidad de información disponible. Por último, el presente estudio representa evidencia a nivel de Cusco, Perú con respecto a un tema de interés nacional e internacional, siendo un estudio que describe y brinda evidencia que podría servir de base para futuros estudios en nuestro país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. Edited by. WHO, World Health Organization [www.who.int/cancer/publications/WRC\\_2014/en](http://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en). 2014;
2. Wild C, Weiderpass E, Stewart BW. World cancer report: cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer; 2020.
3. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e191–203.
4. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y mortalidad 2010-2012, volumen 5, Lima 2016 p.73.
5. Silva I dos S. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. OPS; 1999.
6. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al. AJCC cancer staging manual. Vol. 1024. Springer; 2017.
7. Vicus D, Sutradhar R, Lu Y, Elit L, Kupets R, Paszat L, et al. The association between cervical cancer screening and mortality from cervical cancer: A population based case–control study. *Gynecol Oncol*. 2014;133(2):167–71.
8. Läärä E, Day N, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *The Lancet*. 1987;329(8544):1247–9.
9. Nadaraja S, Jørgensen TL, Matzen LE, Herrstedt J. Impact of age, comorbidity, and FIGO stage on treatment choice and mortality in older danish patients with gynecological cancer: a retrospective register-based cohort study. *Drugs-real world outcomes*. 2018;5:225–35.
10. Guo M, Xu J, Du J. Trends in cervical cancer mortality in China from 1989 to 2018: an age-period-cohort study and Joinpoint analysis. *BMC Public Health*. 2021;21:1–14.
11. Gurrām L, Kalra B, Mahantshetty U. Meeting the global need for radiation therapy in cervical cancer—An overview. In: *Seminars in Radiation Oncology*. Elsevier; 2020. p. 348–54.
12. Mayadev JS, Ke G, Mahantshetty U, Pereira MD, Tarnawski R, Toita T. Global challenges of radiotherapy for the treatment of locally advanced cervical cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2022;32(3).
13. LaVigne AW, Triedman SA, Randall TC, Trimble EL, Viswanathan AN. Cervical cancer in low and middle income countries: addressing barriers to radiotherapy delivery. *Gynecol Oncol Rep*. 2017;22:16–20.
14. Fajardo RD, van Os R, Buist MR, Uitterhoeve L, Westermann AM, Kenter GG, et al. Post-operative radiotherapy in patients with early stage cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2014;134(1):52–9.
15. Feng CH, Mell LK, Sharabi AB, McHale M, Mayadev JS. Immunotherapy with radiotherapy and chemoradiotherapy for cervical cancer. In: *Seminars in Radiation Oncology*. Elsevier; 2020. p. 273–80.
16. Gadducci A, Cosio S. Pharmacological treatment of patients with metastatic, recurrent or persistent cervical cancer not amenable by surgery or radiotherapy: state of art and perspectives of clinical research. *Cancers (Basel)*. 2020;12(9):2678.
17. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *bmj*. 2020;371.
18. Matsuo K, Shimada M, Yamaguchi S, Matoda M, Nakanishi T, Kikkawa F, et al. Association of radical hysterectomy surgical volume and survival for early-stage cervical cancer. *Obstetrics and gynecology*. 2019;133(6):1086.

19. Wenzel HHB, Smolders RG V, Beltman JJ, Lambrechts S, Trum HW, Yigit R, et al. Survival of patients with early-stage cervical cancer after abdominal or laparoscopic radical hysterectomy: a nationwide cohort study and literature review. *Eur J Cancer*. 2020;133:14–21.
20. Marchetti C, Fagotti A, Tombolini V, Scambia G, De Felice F. Survival and toxicity in neoadjuvant chemotherapy plus surgery versus definitive chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2020;83:101945.
21. Zou W, Han Y, Zhang Y, Hu C, Feng Y, Zhang H, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus surgery versus concurrent chemoradiotherapy in stage IB2-IIB cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225264.
22. Venkatas J, Singh M. Cervical cancer: A meta-analysis, therapy and future of nanomedicine. *Ecancermedalscience*. 2020;14.

## TABLAS

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables de interés en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco de Cusco, Perú (n=373).

Variables	N	%
Edad*	48,5 (13,8)	
≤40 años	120	32,2
41-59	174	46,6
≥60	79	21,2
Estadio clínico al diagnóstico		
In situ	94	25,2
Estadio I	121	32,4
Estadio II	73	19,6
Estadio III	55	14,8
Estadio IV	30	8,0
Recibió cirugía		
No	150	40,2
Sí	223	59,8
Recibió radioterapia		
No	284	76,1
Sí	89	23,9
Recibió quimioterapia		
No	297	79,6
Sí	76	20,4
Estado vital al final del seguimiento		
Vivo	260	69,7
Muerto	113	30,3

\* Media (desviación estándar).

Tabla 2. Análisis bivariado de las variables de interés según el estado vital al final del seguimiento en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco de Cusco, Perú (n=373).

Variables	Estado vital al final del seguimiento		p valor
	Vivo n=260 (69,7%)	Muerto n=113 (30,3%)	
Edad*	46,1 (12,1)	54,1 (15,8)	<b>&lt;0,001</b>
≤40 años	96 (80,0)	24 (20,0)	<b>&lt;0,001</b>
41-59	126 (72,4)	48 (27,6)	
≥60	38 (48,1)	41 (51,9)	
Estadio clínico al diagnóstico			<b>&lt;0,001</b>
In situ	87 (92,6)	7 (7,4)	
Estadio I	111 (91,7)	10 (8,3)	
Estadio II	46 (63,0)	27 (37,0)	
Estadio III	15 (27,3)	40 (72,7)	
Estadio IV	1 (3,3)	29 (96,7)	
Recibió cirugía			<b>&lt;0,001</b>
No	70 (46,7)	80 (53,3)	
Sí	190 (85,2)	33 (14,8)	
Recibió radioterapia			<b>&lt;0,001</b>
No	217 (76,4)	67 (23,6)	
Sí	43 (48,3)	46 (51,7)	
Recibió quimioterapia			<b>&lt;0,001</b>
No	233 (78,5)	64 (21,5)	
Sí	27 (35,5)	49 (64,5)	

\* Media (desviación estándar).

Tabla 3. Análisis de regresión de Cox para evaluar los factores de riesgo para incidencia de mortalidad por todas las causas en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco de Cusco, Perú (n=373).

Variables	Modelo crudo		Modelo ajustado <sup>1</sup>	
	HRc (IC95%)	P valor	HRa (IC95%)	P valor
Edad	Referencia		Referencia	
≤40 años	1,26 (0,77-2,05)	0,360	1,14 (0,69-1,86)	0,360
41-59	2,30 (1,39-3,82)	<b>0,001</b>	1,87 (1,11-3,12)	<b>0,018</b>
≥60				
Estadio clínico al diagnóstico	Referencia		No incluido <sup>1</sup>	
In situ				
Estadio I	0,89 (0,34-2,35)	0,817		
Estadio II	3,46 (1,50-7,95)	<b>0,003</b>		
Estadio III	10,29 (4,60-23,04)	<b>&lt;0,001</b>		
Estadio IV	16,20 (7,08-37,04)	<b>&lt;0,001</b>		
Recibió cirugía	Referencia		Referencia	
No				
Sí	0,26 (0,18-0,40)	<b>&lt;0,001</b>	0,30 (0,19-0,47)	<b>&lt;0,001</b>
Recibió radioterapia	Referencia		Referencia	
No				
Sí	2,33 (1,60-3,38)	<b>&lt;0,001</b>	1,76 (1,13-2,75)	<b>0,012</b>
Recibió quimioterapia	Referencia		Referencia	
No				
Sí	1,39 (0,95-2,03)	0,089	0,63 (0,41-0,97)	<b>0,037</b>

HR: hazard ratio; HRc: hazard ratio crudo; HRa: hazard ratio ajustado; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

<sup>1</sup>No incluido debido a que presentó colinealidad teórica con los tipos de tratamiento.