



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



Universidad Nacional  
**ARTURO JAURETCHE**

Tesinas de Grado

Luhrs, Lucía Belén

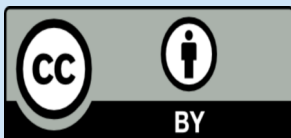
# Tratamiento kinésico en pacientes con cáncer de cuello uterino

2023

*Instituto de Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Kinesiología y*

*Fisiatría*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Luhrs, LB. Tratamiento kinésico en pacientes con cáncer de cuello uterino [Tesis de grado]. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2023. 80 p. Disponible en:

<https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3033>



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESINA**

**presentada para acceder al Título de Grado de la Carrera de  
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

**Título:**

**“TRATAMIENTO KINÉSICO EN PACIENTES CON CÁNCER  
DE CUELLO UTERINO”**

**Autora:** Luhrs, Lucía Belén

**Legajo N°:** 29.995

**Directora:** Lic. Sombra, Victoria

**Fecha de presentación:** 27/10/23

**Firma de la autora:**

## **Agradecimientos**

Agradezco en primer lugar a mi familia, especialmente a mis padres Cristina y Carlos, por haberme dado la posibilidad de dedicarme completamente al estudio durante muchos años, brindándome todo su apoyo y compañía. A mis hermanos, Ariel y Florencia, por siempre estar presentes y dispuestos a ayudarme en lo que necesitara. Sin todos ellos, nada de esto hubiera sido posible.

A mis amigas de toda la vida, Melany y Natalia, por el apoyo incondicional. Estando cerca o a la distancia siempre estuvieron para mí. A mi sobrina Emma, que llegó a mi vida hace poquito tiempo para cambiarla por completo y llenarla de felicidad.

A mis compañeros y amigos de la facultad, en especial a Camila con quien recorrimos todo este camino juntas, de principio a fin, acompañándonos en los buenos y malos momentos.

A mi Directora Victoria por la ayuda, la paciencia y el acompañamiento a lo largo de estos meses. Tuve el privilegio de conocer a una excelente profesional que me guió en los últimos pasos de esta hermosa Carrera.

A todos los Docentes, que a lo largo de estos años me transmitieron no sólo sus conocimientos, sino también su amor por esta profesión. A mi querida UNAJ, por darme la posibilidad de convertirme en profesional de la salud, un sueño que tuve desde chica y hoy se está cumpliendo.

**Lucía Luhrs**

## **Abreviaturas**

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CCU: Cáncer de Cuello Uterino

CIN: Neoplasia Intraepitelial Cervical

CV: Calidad de Vida

DLM: Drenaje Linfático Manual

EENM: Estimulación Eléctrica Neuromuscular

EORTC: Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

OMS: Organización Mundial de la Salud

RAE: Real Academia Española

SIL: Lesión Intraepitelial Escamosa

TENS: Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPH: Virus del Papiloma Humano

## Índice

I.	Introducción.....	5
II.	Formulación del Problema de Investigación .....	7
III.	Objetivos .....	7
	III.1. General .....	7
	III.2. Específicos.....	7
IV.	Justificación.....	8
V.	Marco teórico.....	8
	V.1. Definición de cáncer.....	8
	V.2. Anatomía del útero .....	9
	V.3. Cáncer de cuello uterino .....	11
	V.3.a. Etiología .....	12
	V.3.b. Fisiopatología.....	12
	V.3.c. Precánceres de cuello uterino.....	13
	V.3.d. Tipos de cáncer de cuello uterino .....	14
	V.3.e. Manifestaciones clínicas .....	14
	V.3.f. Epidemiología.....	15
	V.3.g. Factores de riesgo .....	16
	V.3.g.a. Vacunas contra el VPH .....	17
	V.3.h. Diagnóstico .....	17
	V.3.h.a. Estadificación .....	18
	V.3.i. Evolución y pronóstico .....	21
	V.3.j. Tratamiento médico .....	22
	V.3.j.a. Crioterapia.....	23
	V.3.j.b. Conización.....	23

V.3.j.c. Radioterapia de haz externo .....	24
V.3.j.d. Braquiterapia .....	25
V.3.j.e. Quimioterapia .....	26
V.3.j.f. Traquelectomía .....	27
V.3.j.g. Histerectomía simple.....	27
V.3.j.h. Histerectomía radical .....	28
V.3.k. Tratamiento kinésico.....	30
V.3.k.a. Ejercicio físico.....	33
V.3.k.b. Fisioterapia .....	35
V.3.k.c. Técnicas kinésicas .....	38
V.4. Calidad de vida .....	40
VI. Metodología .....	44
VII. Contexto de Análisis .....	45
VII.1. Dolor .....	45
VII.2. Linfedema .....	49
VII.3. Disfunciones del suelo pélvico .....	51
VIII. Resultados .....	53
IX. Conclusión .....	55
X. Referencias bibliográficas.....	57
XI. Anexos .....	70

## **I. Introducción**

El cáncer es una enfermedad que se presenta cuando células normales se transforman en cancerígenas y comienzan a multiplicarse descontroladamente, y a invadir los distintos tejidos y órganos del cuerpo.<sup>1</sup> Entre sus causas se pueden mencionar: alteraciones genéticas, exposición a agentes cancerígenos y malos hábitos. Sin embargo, en ciertos casos, no es posible determinar la causa que llevó a la paciente a padecer la enfermedad.<sup>2</sup> El desarrollo, la evolución y el pronóstico van a ser diferentes en los distintos tipos de cáncer: pueden ser de crecimiento rápido o lento, pueden propagarse a otras partes del cuerpo o no hacerlo, y responden de distinta manera a los múltiples tratamientos existentes.<sup>2</sup>

El cáncer de cuello uterino o cervical (en adelante, CCU) generalmente se produce por una infección causada por el Virus del Papiloma Humano (en adelante, VPH) que es transmitido durante las relaciones sexuales.<sup>3</sup> Existen otros factores de riesgo que predisponen a las mujeres a sufrir cáncer de cuello uterino, entre ellos: compromiso inmunitario, factores ambientales, inicio a temprana edad de las relaciones sexuales, factores hereditarios y múltiples parejas sexuales.<sup>4,5</sup>

Se denomina precáncer a los cambios anormales graduales que sufren las células antes de transformarse en cancerosas. Los precánceres pueden clasificarse en grados 1, 2 y 3 en función de la cantidad de tejido cervical que esté afectado. Todo cáncer de cuello uterino es precedido por cambios precancerosos de sus células, sin embargo, no todos los precánceres terminan convirtiéndose en cáncer.<sup>3</sup> Es por esto que resulta de suma importancia la aplicación de medidas que pueden ayudar a prevenir este tipo de neoplasia, como la realización regular de la Prueba de Papanicolaou y la vacuna contra el VPH.<sup>6</sup>

La implementación de medidas diagnósticas y preventivas en los países desarrollados, generó una disminución significativa de la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino. Esto se debe a que permiten detectar los precánceres y los cánceres en etapas tempranas, lo cual da la posibilidad de una intervención precoz. Sin embargo, no todos los países tienen acceso a estas medidas y, en los de menor cantidad de recursos, las tasas de incidencia y prevalencia son cada vez mayores.<sup>7</sup>

Por lo general, los signos y los síntomas en este tipo de cáncer no aparecen en etapas tempranas de la enfermedad, sino que se hacen evidentes cuando el cáncer ha aumentado de tamaño o se ha diseminado a otras partes del organismo. Entre sus signos y síntomas más frecuentes se encuentran: el sangrado vaginal, que puede percibirse luego de la menopausia, entre ciclos menstruales, posterior a una ducha vaginal o después de tener sexo vaginal; los cambios en el flujo vaginal, el cual puede contener sangre; el dolor pélvico; y el dolor al tener relaciones sexuales. En etapas más avanzadas de la enfermedad, pueden presentarse dificultades para orinar y para defecar, presencia de sangre en la orina y edema de miembros inferiores.<sup>3,8</sup>

El cáncer cervical es el tercer cáncer genital más frecuente entre las mujeres en general, y el más frecuente en las mujeres jóvenes.<sup>3</sup> La edad promedio de diagnóstico es entre los 35 y los 44 años.<sup>7</sup>

La calidad de vida (en adelante, CV) se define como: “noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida”.<sup>9</sup>

En la valoración de la calidad de vida de estas pacientes se incluyen las dimensiones sexual, psicológica, social y física, las cuales se ven afectadas en mayor o menor medida por la presencia de la enfermedad.<sup>9</sup>

Es necesaria la aplicación de un tratamiento interdisciplinario que tenga en cuenta todos estos aspectos para intentar mejorar la calidad de vida de estas pacientes. El equipo interdisciplinario de salud debe incluir: oncólogos/as, ginecólogos/as, kinesiólogos/as, enfermeros/as, cirujanos/as, cardiólogos/as, especialistas en diagnóstico por imágenes, terapistas ocupacionales, psicólogos/as y nutricionistas, entre otros.

La pregunta de investigación que guía el presente trabajo es la siguiente: ¿cuáles son los efectos del tratamiento kinésico en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de cuello uterino?

## **II. Formulación del Problema de Investigación**

El cáncer de cuello uterino constituye un grave problema de salud para las mujeres en todo el mundo. La incidencia y la prevalencia de esta enfermedad son cada vez mayores, principalmente en países y regiones de bajos recursos, en los cuales las mujeres no pueden acceder a métodos diagnósticos precoces que permitirían una intervención temprana e incluso, su prevención.<sup>10</sup>

En Argentina, el cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer ginecológico que genera mayor mortalidad en mujeres. En el año 2020, se produjeron 7,3 defunciones por cada 100.000 mujeres, lo cual ubica al CCU en el cuarto puesto en mortalidad por cáncer en mujeres.<sup>11</sup> El primer puesto fue ocupado por el cáncer de mama (15,9/100.000 mujeres), el segundo puesto por el cáncer de pulmón (8,5/100.000 mujeres) y el tercer puesto por el cáncer colorrectal (8,4/100.000 mujeres).<sup>12</sup>

El abordaje kinésico es imprescindible dentro del tratamiento interdisciplinario que deben recibir las pacientes con cáncer de cuello uterino. El/la kinesiólogo/a tendrá un rol fundamental al actuar directamente sobre los síntomas, la condición física y el estado emocional, e indirectamente, sobre la funcionalidad e independencia.<sup>13</sup>

## **III. Objetivos**

### **III.1. General**

- Analizar, mediante una revisión bibliográfica, los efectos del tratamiento kinésico en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de cuello uterino.

### **III.2. Específicos**

- Describir la fisiopatología y manifestaciones clínicas del cáncer de cuello uterino.
- Explicar el tratamiento médico y el tratamiento kinésico que se les proporciona a las pacientes con cáncer de cuello uterino.
- Detallar los beneficios que aporta el tratamiento kinésico en la calidad de vida de la población objeto de este estudio.

## **IV. Justificación**

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) define calidad de vida como: “percepción del individuo de su posición en la vida en contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.<sup>9</sup>

El cáncer de cuello uterino afecta, en mayor o menor medida, la calidad de vida de quienes lo padecen. Este tipo de cáncer puede curarse gracias a la detección temprana y a la existencia de tratamientos que resultan exitosos, pero produce un deterioro de la salud de la paciente y de su calidad de vida.<sup>9</sup>

Es por esto que resulta necesario investigar y ampliar los conocimientos acerca de la intervención kinésica en el cáncer cervical.

El fin de esta investigación es descubrir los efectos del tratamiento kinésico en pacientes con cáncer de cuello uterino, a partir del análisis de los distintos abordajes que existen para conocer si los mismos tienen influencias positivas o negativas sobre la calidad de vida de estas pacientes y, en caso de ser positivos, poder aplicarlos.

## **V. Marco teórico**

### **V.1. Definición de cáncer**

El cáncer es una enfermedad que se presenta cuando células normales se transforman en cancerígenas y comienzan a multiplicarse descontroladamente y a invadir los distintos tejidos y órganos del cuerpo.<sup>1</sup> Estas células pueden agruparse y formar tumores: malignos o cancerosos, que son aquellos que se propagan e invaden otros tejidos; o benignos o no cancerosos, que no se diseminan. Los tumores benignos, al ser extirpados, no suelen regresar. En cambio, los tumores malignos, suelen desarrollarse nuevamente. Por otro lado, existen los cánceres hematológicos que no generan tumores sólidos, por ejemplo, la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple.<sup>14,15</sup>

El cáncer se produce por alteraciones en los genes que afectan la multiplicación de las células. Estas alteraciones pueden aparecer por herencia de padres a hijos, o por

exposición a agentes cancerígenos, como sustancias químicas, tabaco o rayos ultravioleta, entre otros.<sup>14,15</sup>

El cáncer puede ser localizado o propagarse a otras partes del cuerpo, lo cual se denomina metástasis. Las metástasis se producen cuando células cancerosas se desprenden del tumor primario y viajan por medio de la sangre o de la linfa a órganos y ganglios linfáticos distantes.<sup>15</sup>

Existen muchos tipos de cáncer, entre los más frecuentes se encuentran: el carcinoma, que afecta a las células epiteliales; el sarcoma, que se desarrolla en el hueso o en los tejidos blandos; la leucemia, que comienza en la médula ósea; el linfoma, que altera los linfocitos; el mieloma múltiple, que afecta las células plasmáticas; el melanoma, que se inicia en los melanocitos; y los tumores de médula espinal y encéfalo.<sup>14</sup>

El curso de la enfermedad y el pronóstico van a ser distintos en cada paciente, ya que dependen de distintos factores como la localización del tumor, si se obtuvo un diagnóstico precoz o tardío, y el entorno familiar y social, entre otros.<sup>10</sup>

El cáncer tiene elevados índices de mortalidad. En Argentina, en el año 2020, se registraron 61.740 fallecimientos a causa de tumores, entre los cuales se incluyen neoplasias malignas y tumores de comportamiento incierto o benignos. Del total, el 50,6% se produjo en hombres, el 48,8% en mujeres y en el 0,6% no se registró el sexo. Con respecto a la edad, el 65% de las muertes fueron en mayores de 65 años. Durante los últimos años, los tumores representaron el segundo puesto en causas de defunción en el país, mientras que el primer lugar fue ocupado por las enfermedades del sistema circulatorio.<sup>12</sup>

## **V.2. Anatomía del útero**

El útero es un órgano muscular hueco y en forma de pera invertida ubicado en la cavidad pélvica, entre la vejiga y el recto. En él se efectúan la implantación del embrión y el desarrollo del feto. Está formado por dos porciones principales: el cuerpo del útero y el cuello uterino, las cuales están unidas entre sí por el istmo. Este órgano se comunica en su porción superior con las trompas de Falopio y en su porción inferior con la vagina. Su irrigación está dada por las arterias uterina y ovárica.<sup>16,17</sup>

El tamaño del útero depende de diferentes factores: es mayor en aquellas mujeres que transitaron un embarazo, es menor en el período previo a la pubertad. En las mujeres adultas que no han dado a luz ningún hijo, mide de 7 a 8 centímetros de longitud, de 4 a 5 centímetros de ancho y su peso es de 30 a 40 gramos.<sup>16</sup>

La pared del útero está formada por tres capas: el perimetrio, el miometrio y el endometrio. El perimetrio o capa serosa es la más externa y recubre la superficie peritoneal del útero. Es delgada, está compuesta por tejido conectivo laxo y por un mesotelio, se continúa con el peritoneo pélvico y abdominal. El miometrio o capa muscular es la intermedia, con un grosor de 1,5 a 2,5 centímetros. Está conformada por tres capas de músculo liso: la capa longitudinal interna, la capa circular media y la capa longitudinal externa. Estas capas de músculo liso disminuyen en dirección al cuello uterino hasta ser reemplazadas por tejido conectivo, por lo cual, en el cérvix persisten pocas fibras musculares lisas dispersas. El miometrio es el encargado de contraerse durante el parto para generar el nacimiento del feto. El endometrio o capa mucosa es la más interna, compuesta por un epitelio columnar ciliado. Está formado por dos capas: funcional y basal.<sup>16,18</sup>

El útero posee distintos ligamentos que le brindan soporte. Estos son: los ligamentos uterosacros y cardinales, que sostienen el útero y la porción superior de la vagina; los ligamentos redondos, desde el fondo uterino anterior a través del ligamento ancho hasta los labios mayores; y el ligamento ancho, que cubre los laterales del cuerpo y del cuello del útero.<sup>19</sup>

El cuerpo del útero se encuentra aplanado en dirección anteroposterior. Su cara anterior o cara vesical es casi plana, mientras que su cara posterior o cara intestinal es convexa.<sup>16</sup>

El cuello uterino tiene una longitud de 2 a 4 centímetros y se une en su extremo inferior a la vagina. Está dividido en dos porciones: el endocérvix y el exocérvix. El endocérvix es la porción superior, más cercana al cuerpo del útero y está cubierta por células glandulares. El exocérvix es la porción inferior, más cercana a la vagina y está cubierta por células escamosas. Existe una región intermedia en la cual estos dos tipos de células se encuentran, denominada zona de transformación.<sup>6,16</sup>

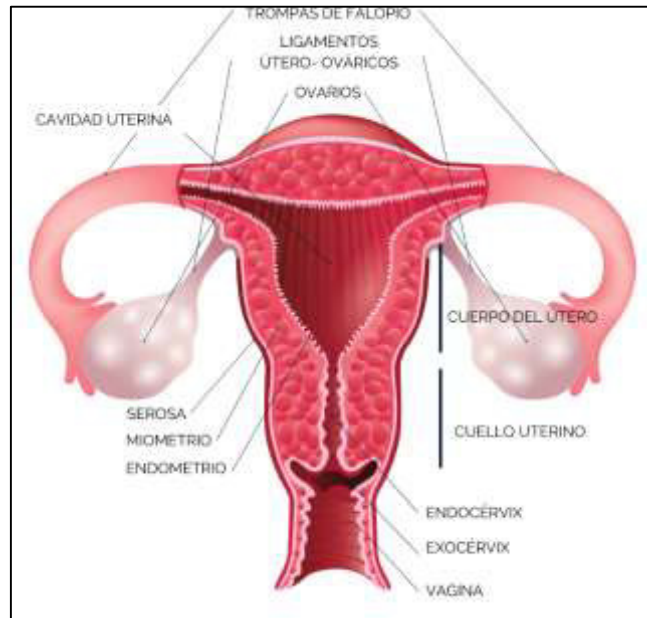


Imagen 1. Anatomía del sistema reproductor femenino.

### V.3. Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino consiste en la presencia de células cancerosas en los tejidos que pertenecen al cuello del útero.

Se considera que el CCU es una enfermedad prevenible. La OMS define prevención en salud como: “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. Existen tres niveles de prevención en salud: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria. La prevención primaria se aplica en personas sanas y tiene como objetivo impedir el comienzo o la aparición de un problema de salud a través de la disminución y la eliminación de los factores de riesgo que podrían generar dicho problema. En el CCU, la prevención primaria implica, por ejemplo, la aplicación de la vacuna contra el VPH. La prevención secundaria se aplica cuando un problema de salud es detectado tempranamente, y tiene el objetivo de brindar un tratamiento oportuno para reducir la evolución y duración de dicha enfermedad. En el CCU, una medida de prevención secundaria es la realización regular de la Prueba de Papanicolaou para su detección precoz. Por último, la prevención terciaria, se aplica cuando la enfermedad ya está

establecida y su objetivo es el de mejorar la calidad de vida de quien la padece, al reducir las complicaciones y secuelas. En el CCU, la prevención terciaria incluye, entre otras medidas, el tratamiento kinésico para mejorar la calidad de vida de la paciente.<sup>20</sup>

### **V.3.a. Etiología**

El cáncer de cuello uterino generalmente se produce por una infección causada por el Virus del Papiloma Humano, el cual es transmitido durante las relaciones sexuales.<sup>3</sup> Este virus afecta a más del 80% de las mujeres a lo largo de su vida.<sup>22</sup> La edad de mayor incidencia es entre los 20 y 25 años, etapa de mayor actividad sexual.<sup>23</sup> Se estima que el intervalo de tiempo entre la adquisición de la infección por VPH y la evolución a carcinoma invasivo es de aproximadamente 15-20 años.<sup>24</sup>

Existen más de 100 tipos de VPH, pero sólo alrededor de 14 pueden causar precáncer y cáncer de cuello uterino. Entre éstos, los tipos 6 y 11 son de bajo riesgo y se asocian a condilomas; verrugas en manos, pies, labios y lengua; y a lesiones intraepiteliales escamosas, pero no se encuentran en los cánceres invasivos. Por otro lado, los tipos 16 y 18 son los que generan mayor daño y son responsables del 70% de todos los cánceres cervicales.<sup>4,21,23,24</sup>

Si bien la infección por VPH es muy frecuente, es bajo el porcentaje de mujeres que finalmente contrae cáncer de cuello uterino como consecuencia de la misma. Sin embargo, esta infección está presente en la mayoría de los casos. Existe un porcentaje muy bajo, de un 1-2%, en el cual se diagnostica cáncer cervical con un resultado de VPH negativo y, por lo general, corresponden a adenocarcinomas.<sup>23</sup>

### **V.3.b. Fisiopatología**

La información contenida en el ADN determina el desarrollo normal de las células del organismo. Existen genes que controlan el crecimiento, la división y la muerte de las células: por un lado, los oncogenes, que actúan para que las células crezcan, se dividan y se mantengan vivas, y, por otro lado, los genes supresores de tumores, que generan la muerte de las células en el momento justo para evitar su crecimiento descontrolado. El cáncer se produce cuando existen fallas en el funcionamiento de estos genes

provocadas por mutaciones del ADN, que activan los oncogenes o desactivan los genes supresores de tumores.<sup>25</sup>

Para que el cáncer de cuello uterino se desarrolle, debe existir una infección previa de VPH.<sup>4</sup> Este virus posee dos proteínas llamadas E6 y E7 que se ocupan de desactivar los genes supresores de tumores: la E6 produce la degradación del gen p53 y la E7 inactiva la proteína Rb. Esto da como resultado el crecimiento celular desmesurado, que puede progresar hacia la malignidad y finalizar en cáncer.<sup>4,25</sup>

En este tipo de cáncer existe una alteración celular en el epitelio del cuello del útero, en el cual hay pérdida de los estratos de la piel en el cérvix que modifica la estructura núcleo citoplasma. Inicia con lesiones de evolución lenta, que afectan solo la superficie epitelial, pero que pueden progresar a cáncer una vez que traspasan la membrana basal.<sup>26</sup>

La mayoría de los cánceres cervicales se inicia en las células de la zona de transformación.<sup>6</sup>

### **V.3.c. Precánceres de cuello uterino**

Se denomina precáncer a los cambios anormales graduales que sufren las células antes de transformarse en cancerosas. Cuando estos cambios se producen en el cuello uterino, reciben los nombres de Neoplasia Intraepitelial Cervical (en adelante, CIN), Lesión Intraepitelial Escamosa (en adelante, SIL) o displasia.<sup>6</sup>

Los precánceres de cuello uterino pueden clasificarse en grado 1, 2 y 3 en función de la cantidad de tejido cervical que esté afectado. La CIN1 es el precáncer cervical menos grave, ya que la cantidad de tejido anormal es escasa. Estas lesiones por lo general no son tratadas, ya que tienen una alta tasa de regresión espontánea. Por el contrario, en la CIN2 y la CIN3, la cantidad de tejido anormal es mayor y por eso son considerados precánceres más graves. La CIN2 tiene una tasa de regresión espontánea de hasta el 40%, mientras que la CIN3 tiene una alta probabilidad de progresar hacia la invasión y debe ser tratada en todos los casos.<sup>6,27</sup>

Todo cáncer de cuello uterino es precedido por cambios precancerosos de sus células, sin embargo, no todos los precánceres terminan convirtiéndose en cáncer.<sup>3</sup> Es por esto

que resulta de suma importancia la aplicación de medidas que pueden ayudar a prevenir este tipo de neoplasia, como la realización regular de la Prueba de Papanicolaou y la vacuna contra el VPH.<sup>6</sup>

#### **V.3.d. Tipos de cáncer de cuello uterino**

La clasificación de los cánceres cervicales se basa en el aspecto que se observa a través del microscopio. Existen dos tipos principales: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.<sup>6</sup>

El carcinoma de células escamosas se desarrolla en las células del exocérvix, principalmente en la zona de transformación. Este tipo de cáncer es el que se observa con mayor frecuencia, aproximadamente en el 90% de los casos.<sup>6,25</sup>

El adenocarcinoma se origina en las células glandulares del endocérvix y se observa con menor frecuencia.<sup>6</sup>

Por otro lado, existe un cáncer de cuello uterino que presenta características de los dos tipos descritos anteriormente: el carcinoma adenoescamoso o carcinoma mixto.<sup>6</sup>

Por último, hay otros cánceres que pueden afectar al cuello uterino, aunque se desarrollan con mayor frecuencia en otras partes del cuerpo. Entre estos se encuentran los melanomas, los linfomas, los carcinomas neuroendócrinos y los sarcomas. Las metástasis en el cuello uterino no son habituales.<sup>6,25</sup>

#### **V.3.e. Manifestaciones clínicas**

Por lo general, los signos y los síntomas en este tipo de cáncer no aparecen en etapas tempranas de la enfermedad, sino que se hacen evidentes cuando el cáncer ha aumentado de tamaño o se ha diseminado a otras partes del organismo. Entre sus signos y síntomas más frecuentes se pueden mencionar el sangrado vaginal, los cambios en el flujo y el dolor pélvico. También pueden padecer síntomas rectales, síntomas urinarios, síntomas generales, dolor lumbar, edema de miembros inferiores, fatiga y caquexia, entre otros.<sup>1,3</sup>

El sangrado vaginal es el signo más característico y normalmente aparece entre las menstruaciones. Puede ser espontáneo o provocado, ya sea por una exploración ginecológica, un lavado vaginal o la penetración.<sup>1</sup>

Otro signo frecuente es el cambio en la consistencia y coloración del flujo vaginal, en principio acuoso y sanguinolento y, en etapas más avanzadas de la enfermedad, sanguinopurulento y con olor fétido causado por la necrosis.<sup>1</sup>

### **V.3.f. Epidemiología**

La OMS define epidemiología como: “el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”.<sup>28</sup>

La epidemiología estudia la prevalencia y la incidencia de los eventos, en este caso, de pacientes con cáncer de cuello uterino. La prevalencia hace referencia al número de personas que padecen una enfermedad en una población específica al momento de evaluar. La prevalencia puede ser puntual, cuando en la evaluación se tiene en cuenta un momento determinado, o puede ser de periodo, cuando se evalúa durante un periodo de tiempo. Por otro lado, la incidencia, hace referencia al número de casos nuevos de una enfermedad en una población específica durante un periodo de tiempo determinado.<sup>29</sup>

Según datos publicados por la OMS (24), el 91% de los cánceres asociados al VPH a nivel mundial en 2018 fueron cánceres de cuello uterino.<sup>24</sup>

En 2020, el cáncer cervicouterino, fue la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres. En ese mismo año, hubo aproximadamente 604.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y más de 340.000 muertes causadas por esta enfermedad.<sup>24</sup>

El 88% de los cánceres de cuello uterino en 2020 se produjeron en países de bajos y medianos ingresos, lo que representa el 17% de todos los cánceres en mujeres, mientras que, en los países de altos ingresos, representó solo el 2%.<sup>24</sup> La incidencia más alta se encuentra en América Central, América del Sur, Caribe, África Subsahariana y sur de Asia.<sup>30</sup>

Los tipos 16 y 18 de VPH son los que más daño generan y son responsables del 71% de los casos de cáncer cervical a nivel mundial. Del resto de los tipos de VPH que pueden causar precáncer y cáncer de cuello uterino, son responsables: el VPH45 del 6% de los casos, el VPH31 del 4% de los casos, el VPH33 del 4% de los casos, el VPH52 del 3% de los casos y VPH58 del 2% de los casos.<sup>24</sup>

Con respecto a las tasas de mortalidad, estas varían de manera significativa entre países. Los países de bajos y medianos ingresos tienen tasas elevadas de >40 muertes por cada 100.000 mujeres, mientras que los países de ingresos altos tienen tasas bajas de <2 muertes por cada 100.000 mujeres.<sup>24</sup>

En Argentina, el cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer ginecológico que genera mayor mortalidad en mujeres. En el año 2020, se produjeron 7,3 defunciones por cada 100.000 mujeres, lo cual ubica al CCU en el cuarto puesto en mortalidad por cáncer en mujeres. Las provincias en las que se registró una mayor mortalidad fueron Formosa (17,6/100.000 mujeres), Misiones (16,0/100.000 mujeres) y Corrientes (13,8/100.000 mujeres), mientras que las provincias con menor mortalidad fueron San Juan (4,2/100.000 mujeres), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (4,8/100.000 mujeres) y Neuquén (5,1/100.000 mujeres).<sup>11</sup>

### **V.3.g. Factores de riesgo**

El VPH constituye el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino.<sup>3</sup> Existen otros factores de riesgo que podrían favorecer su progresión, como el consumo de tabaco, el uso de anticonceptivos orales durante periodos prolongados, la elevada paridad, la co-infección por otros agentes de transmisión sexual, el embarazo a término en edades tempranas, las hormonas endógenas, la dieta pobre en frutas y verduras, la exposición a carcinógenos ambientales y los antecedentes de cervicitis. También, pueden influir aquellos factores que alteren la respuesta inmunológica, como la inmunodepresión crónica, el consumo del alcohol, las infecciones vaginales, la falta de higiene, los abortos y otros factores genéticos y ambientales.<sup>1,10,27</sup> Es importante destacar también el factor hereditario, ya que una mujer tendrá un mayor riesgo de desarrollar CCU si su madre y/o hermana han padecido la enfermedad.<sup>5</sup> Además, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (en adelante, VIH) aumenta en

5 veces la probabilidad de desarrollar cáncer cervical debido a la alteración inmunitaria.<sup>4</sup>

Al ser la infección por VPH la principal causa para el establecimiento del cáncer de cuello uterino, es importante tener presentes los factores de riesgo para la adquisición de la misma. Entre los mismos se pueden mencionar el inicio temprano de las relaciones sexuales y mantener un número elevado de parejas sexuales.<sup>10</sup> Además, recordar que esta infección puede ser prevenida, principalmente, mediante la aplicación de la vacuna contra el VPH.

### **V.3.g.a. Vacunas contra el VPH**

Existen 3 vacunas principales contra el VPH que atacan hasta 9 tipos oncogénicos de este virus: la vacuna bivalente, dirigida a los tipos 16 y 18; la vacuna tetravalente, contra los tipos 6, 11, 16 y 18; y la vacuna nonavalente, para los tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.<sup>24,27</sup>

Las vacunas contra el VPH deben ser administradas antes del inicio de las relaciones sexuales, ya que en ese momento comienza la exposición a este virus.<sup>24</sup>

En Argentina, la vacuna contra el VPH es aplicada a los 11 años, tanto en el sexo femenino como en el masculino. En el sexo femenino, para reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino y disminuir la transmisión del virus. En el sexo masculino, para evitar otros tipos de cánceres que se asocian a este virus, y también reducir su transmisión. Consiste en 2 dosis, y el intervalo entre ambas dosis debe ser no menor a 6 meses.<sup>32</sup>

Es importante destacar que el VPH no solo puede provocar cáncer de cuello uterino, sino también otras afecciones, entre las que se encuentran: carcinomas de células del ano, cáncer de vulva, cáncer de vagina, cáncer de pene, cáncer orofaríngeo, cáncer de cavidad oral y cáncer de laringe. Por lo cual, la vacuna contra el VPH también protege y previene estas neoplasias.<sup>24</sup>

### **V.3.h. Diagnóstico**

Las anormalidades a nivel del cuello uterino se detectan, en primera instancia, con la prueba del Papanicolaou, que puede realizarse por rutina o ser indicado por el

ginecólogo si hay presencia de signos y/o síntomas. Esta prueba permite obtener células del cuello uterino, las cuales son analizadas en el laboratorio para determinar la presencia o no de cáncer o precáncer.<sup>4,33</sup> En caso de que el Papanicolaou dé un resultado positivo, se realiza una colposcopia y una biopsia con estudio de la CIN. Luego se lleva a cabo una escisión en la cual se extirpa el tumor y parte del tejido normal que lo rodea, y la muestra es enviada al laboratorio para su evaluación patológica. En caso de que dicha evaluación sugiera cáncer invasivo con márgenes positivos, se deriva a la paciente a un oncólogo ginecológico.<sup>4</sup>

Luego de determinarse el diagnóstico, se solicita hemograma completo y estudio de la función hepática y renal para descartar una posible metástasis. Además, se realizan estudios de imagen para establecer el estadio del cáncer.<sup>4</sup>

Es importante recordar que la infección por VPH es el principal factor de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino. Es por esto, que la realización de la prueba del VPH es considerada una prueba de detección de este tipo de cáncer. Esta puede ser llevada a cabo en forma aislada o junto con la prueba del Papanicolaou.<sup>34</sup>

### **V.3.h.a. Estadificación**

Según la Real Academia Española (en adelante, RAE) estadificar significa clasificar la extensión y gravedad de una enfermedad tumoral maligna.<sup>35</sup>

La estadificación del cáncer de cuello uterino se realiza en base al Sistema de Estadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (en adelante, FIGO), que tiene en cuenta el tamaño del tumor, la posible invasión a estructuras y tejidos cercanos, y la propagación a lugares distantes o metástasis. En cuanto a las estructuras cercanas, puede diseminarse directamente al parametrio, la vagina y el útero, a órganos adyacentes como la vejiga y el recto, y a los ganglios linfáticos. Con respecto a la metástasis, puede afectar los pulmones, el hígado y el sistema esquelético.<sup>36,37</sup>

El Sistema de Estadificación FIGO utiliza la etapa clínica de la enfermedad y se basa en el examen físico, las biopsias, los estudios por imágenes y otras pruebas, sin tener en cuenta los hallazgos durante la cirugía. Existen 4 etapas de cáncer de cuello uterino,

que a su vez se subdividen. Mientras menor sea el número, más localizado y menos avanzado está el cáncer, mientras que un número mayor indica una mayor extensión y propagación. En función del estadio en el que se encuentre el tumor, se decidirá el plan de tratamiento a realizar.<sup>36</sup>

<b>Estadio</b>			<b>Descripción</b>
<b>I</b>			El carcinoma está estrictamente confinado en el cuello uterino (debe descartarse la extensión al cuerpo uterino).
	<b>IA</b>		Carcinoma invasivo que puede diagnosticarse solo por microscopio, con una profundidad máxima de invasión de $\leq 5$ mm.
		<b>IA1</b>	Invasión estromal con una profundidad de $\leq 3$ mm.
		<b>IA2</b>	Invasión estromal con una profundidad de $>3$ y $\leq 5$ mm.
	<b>IB</b>		Carcinoma invasivo con una profundidad de $>5$ mm, pero limitado al cuello uterino.
		<b>IB1</b>	Invasión estromal con una profundidad de $>5$ mm y mide $\leq 2$ cm.
		<b>IB2</b>	Carcinoma invasivo que mide $>2$ y $\leq 4$ cm.
		<b>IB3</b>	Carcinoma invasivo que mide $>4$ cm.
<b>II</b>			El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica.
	<b>IIA</b>		Compromiso de los dos tercios superiores de la vagina sin comprometer el parametrio.
		<b>IIA1</b>	Carcinoma invasivo que mide $\leq 4$ cm.

		<b>IIA2</b>	Carcinoma invasivo que mide >4 cm.
	<b>IIB</b>		Compromiso del parametrio pero no se extiende a la pared pélvica.
<b>III</b>			El carcinoma se extiende al tercio inferior de la vagina y/o pared pélvica. Puede causar hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afectación de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos.
	<b>IIIA</b>		El carcinoma se extiende al tercio inferior de la vagina sin afectar la pared pélvica.
	<b>IIIB</b>		Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis (a menos que se sepa que se debe a otra causa).
	<b>IIIC</b>		Afectación de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos (incluidas las micrometástasis), independientemente del tamaño y la extensión del tumor.
		<b>IIIC1</b>	Metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos solamente.
		<b>IIIC2</b>	Metástasis en los ganglios linfáticos paraaórticos.
<b>IV</b>			El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis e involucra la mucosa de la vejiga o el recto.
	<b>IVA</b>		Propagación a los órganos pélvicos adyacentes.
	<b>IVB</b>		Propagación a órganos distantes.

Tabla 1. Sistema de Estadificación FIGO para cáncer de cuello uterino.<sup>36,37</sup>

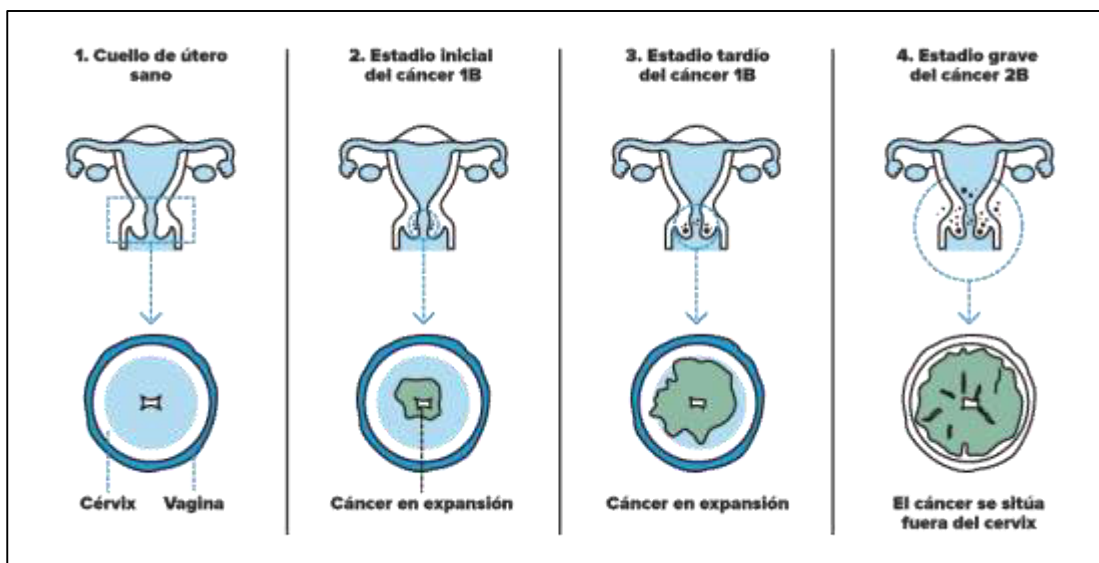


Imagen 2. Comparación de cuello uterino sano y de cuello uterino con cáncer.

### V.3.i. Evolución y pronóstico

Para el pronóstico en pacientes con cáncer de cuello uterino se tiene en cuenta la tasa relativa de supervivencia a 5 años. La misma da idea del porcentaje de mujeres con cáncer cervical que continúan vivas durante los 5 años posteriores al diagnóstico, respecto de aquellas mujeres que no padecen la enfermedad.<sup>38</sup>

Esta tasa se basa en dos factores: el estadio del cáncer y la propagación del mismo. Con respecto al estadio del cáncer, como se detalló en el apartado anterior, se tiene en cuenta el Sistema de Estadificación FIGO que lo clasifica en etapa 1, 2, 3 y 4. En cuanto a la propagación del mismo, se apoya en la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales. Para este último, se clasifica el cáncer en localizado, regional y distante. El cáncer localizado es aquel que no se ha diseminado por fuera del útero; el cáncer regional se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos; y el cáncer distante se ha extendido a otras partes del cuerpo, ya sean cercanas (vejiga, recto) o distantes (huesos, pulmones).<sup>4,38</sup>

<b>Etapas</b>	<b>Tasa relativa de supervivencia a 5 años</b>
1	Más del 90%
2	60-80%

3	50%
4	Menos del 30%

Tabla 2. Tasa relativa de supervivencia a 5 años según estadio.

<b>Etapas</b>	<b>Tasa relativa de supervivencia a 5 años</b>
Localizado	92%
Regional	56%
Distante	17%

Tabla 3. Tasa relativa de supervivencia a 5 años según propagación.

### **V.3.j. Tratamiento médico**

Existe una gran variedad de tratamientos que pueden emplearse para el cáncer de cuello uterino. La elección del mismo la lleva a cabo el equipo interdisciplinario de salud y depende principalmente del estadio que se le asigna a ese cáncer de cuello uterino que, tal como se mencionó en el apartado “Estadificación”, considera el tamaño del tumor, la diseminación a estructuras cercanas y la posible metástasis.<sup>39,40</sup> Además, se tiene en cuenta el estado general de salud de la paciente y sus deseos personales, por ejemplo, si quiere conservar su fertilidad.<sup>40</sup>

Como se mencionó, el tratamiento a realizar es decidido por el equipo interdisciplinario de salud. La interdisciplina se basa en la interacción, cooperación, diálogo y relación recíproca entre las distintas disciplinas con el objetivo de identificar y resolver un problema en conjunto. El modelo interdisciplinario es el que se utiliza en la actualidad. Sin embargo, existen otros modelos de equipo de trabajo en salud: el modelo multidisciplinario y el modelo transdisciplinario. En la multidisciplinaria, las distintas disciplinas tienen como objetivo resolver un mismo problema, pero lo hacen por separado, sin generar ninguna interacción entre sí. Por su parte, la transdisciplina consiste en el trabajo cooperativo de las distintas disciplinas con el objetivo de resolver un problema, a partir de la construcción en conjunto de conocimiento. Para esto, se tienen en cuenta los puntos en común que comparten dichas disciplinas y los

profesionales se involucran en áreas que no son la propia, de forma tal que los límites de las mismas se vuelven menos rígidos y la atención es más completa e integrada.<sup>41</sup>

Algunos de los tratamientos más utilizados son: crioterapia, conización, radioterapia de haz externo, braquiterapia, quimioterapia, traquelectomía, histerectomía simple e histerectomía radical.<sup>39</sup>

### **V.3.j.a. Crioterapia**

La crioterapia se basa en la aplicación de nitrógeno líquido o gas argón con el objetivo de congelar y eliminar las células cancerosas del cuerpo.<sup>42</sup>

Por medio de una incisión en la piel y con la guía de una ecografía o una resonancia magnética, se introduce una sonda llamada criosonda a través de la cual se administra el nitrógeno líquido o el gas argón para congelar el tumor. Luego, el tejido congelado se derrite, lo cual provoca la muerte de las células cancerosas.<sup>42</sup>

La crioterapia se utiliza en lesiones precancerosas del cuello uterino.<sup>27</sup> Según la OMS, se lo recomienda en CIN 2.<sup>43</sup>

Entre sus efectos secundarios pueden aparecer sangrado, dolor, espasmos y contracciones.<sup>42</sup> Además, presenta desventajas: los costos son elevados, los tratamientos son de larga duración, los equipos pueden presentar fallas y pueden aparecer dificultades para suministrar los gases apropiados. Sin embargo, es considerada una técnica sencilla y eficaz.<sup>44</sup>

### **V.3.j.b. Conización**

La conización es un procedimiento que puede ser utilizado como método diagnóstico de precánceres y cánceres de cuello uterino, y también como tratamiento en CIN 2 y 3 y cáncer cuando es detectado en estadios tempranos, como el IA1. Consiste en la extracción de tejido del cuello del útero en forma de cono: incluye parte del endocérvix, de la zona de transformación y del exocérvix. El tejido removido es enviado al laboratorio y se lo analiza para determinar si se logró eliminar todo el tejido anormal.<sup>27,39,45,46</sup>

Existen dos tipos de conización: por un lado, el procedimiento de extirpación electroquirúrgica con asa, en el cual se utiliza un asa de alambre cargada eléctricamente para la eliminación del tejido anormal; y, por el otro, la biopsia de cono con bisturí frío, en la cual el tejido anormal es extraído mediante el uso de un bisturí o un láser.<sup>45,47</sup>

Este tipo de tratamiento es menos invasivo que los demás existentes, por lo que, una de sus ventajas principales es que permite conservar la fertilidad de la paciente. En aquellos casos en los que hay márgenes positivos, es decir, que los márgenes de la muestra contienen tejido anormal, se suele realizar una nueva conización para la eliminación del mismo.<sup>39</sup>

Como complicaciones del procedimiento pueden aparecer hemorragias, infecciones y estrechamiento del cuello uterino.<sup>39,45</sup>

### **V.3.j.c. Radioterapia de haz externo**

La radioterapia de haz externo consiste en la utilización de radiación en dosis altas para la eliminación de células cancerosas y la reducción de tumores. Esto ocurre ya que genera daño en el ADN de estas células e impide su crecimiento y división, lo cual provoca la muerte de las mismas y su posterior eliminación.<sup>48,49</sup>

Es un tratamiento local, es decir, que la radiación se aplica solamente en la región afectada y no en todo el cuerpo.<sup>48</sup> Por este motivo, puede usarse solamente en cánceres localizados y no en aquellos que se han propagado a otras partes del organismo.<sup>49</sup>

Existen 3 tipos de radioterapia de haz externo. Por un lado, está la radioterapia de representación tridimensional, en la cual se utilizan tomografías y resonancias magnéticas para ubicar con máxima precisión el tumor y, de esta forma, generar mejores efectos. Por otro lado, está la radioterapia de intensidad modulada, en la que se controla la potencia de los haces y su aplicación es directa sobre el tumor, con bajos niveles de radiación sobre los órganos vecinos. Por último, está la terapia de protones de intensidad modulada, similar a la anterior, pero utiliza protones.<sup>39,50</sup>

La radioterapia externa puede administrarse sola o en conjunto con otros tratamientos, como la quimioterapia, la braquiterapia, la cirugía y la inmunoterapia, con el objetivo de curar el cáncer. Se la suele aplicar en los estadios IB, IIA, IIB, III, IVA y IVB.<sup>46</sup>

Además, se la utiliza como tratamiento paliativo para aliviar los efectos secundarios como el dolor y la falta de control vesical e intestinal.<sup>48</sup>

La paciente puede padecer efectos secundarios a este procedimiento, ya que la radiación no solo afecta las células cancerosas sino también las sanas. Entre los mismos se pueden mencionar: fatiga, diarrea, caída del cabello, alteraciones en la piel, vómitos, dolor vaginal, cambios menstruales, menopausia temprana, problemas de fertilidad, alteraciones urinarias y vesicales, anemia, neutropenia, trombocitopenia y problemas sexuales.<sup>51,52</sup>

### **V.3.j.d. Braquiterapia**

La braquiterapia es un tipo de radioterapia que se aplica por medio de un catéter o de un aplicador en forma de semillas o implantes dentro del cuerpo, directamente sobre el tumor o cerca del mismo.<sup>39,53</sup>

Al igual que la radioterapia de haz externo, la braquiterapia es un tratamiento local y los tejidos más cercanos al material radiactivo son los que reciben mayor cantidad de radiación.<sup>51,52</sup> La forma de colocación puede ser intersticial, en la cual la fuente de radiación se inserta dentro del tumor; o intracavitaria, en la cual la fuente de radiación se coloca en una cavidad como la vagina o el útero.<sup>39,54</sup>

Existen 2 tipos de braquiterapia: la temporal y la permanente. La temporal puede ser administrada en dosis altas o bajas. En los implantes con índice de dosis baja o LDR, el paciente recibe radiación durante 1 a 7 días, y luego se le retira la fuente de radiación. En los implantes con índice de dosis alta o HDR, la aplicación dura entre 10 y 20 minutos y posteriormente se retira. Por otro lado, la braquiterapia permanente, es aquella en la cual se ponen las semillas dentro del organismo por el resto de la vida de la paciente. Luego de ser colocadas comienzan a liberar la radiación y, con el paso del tiempo, pierden intensidad hasta quedar inactivas.<sup>39,54</sup>

Al igual que en la conización, una de las principales ventajas de la braquiterapia es que permite preservar la fertilidad.<sup>39</sup>

Por lo general, la braquiterapia debe ser administrada en combinación con otros tratamientos.<sup>39</sup> Se la aplica de manera aislada en el estadio IA2, mientras que en los

estadios IB, IIA, IIB, III y IVA se la utiliza combinada con otros métodos, como quimioterapia y radioterapia externa. También se usa la braquiterapia en las recidivas.<sup>46</sup>

Entre las complicaciones del procedimiento se pueden encontrar: sangrado, infección, irritación, cicatrización vaginal y pérdida de elasticidad, y sequedad vaginal.<sup>55</sup>

### **V.3.j.e. Quimioterapia**

La quimioterapia consiste en la administración de fármacos que pueden usarse con 3 objetivos: el de curar a la paciente, al eliminar el cáncer; el de controlar la enfermedad, al evitar el crecimiento del tumor y su propagación a otras partes del cuerpo; o el de brindar cuidados paliativos, para aliviar los síntomas.<sup>56</sup>

Existen varios medicamentos de quimioterapia, que pueden ser suministrados solos o en conjunto con otros. Entre los más utilizados para el cáncer de cuello uterino se pueden mencionar: cisplatino, carboplatino, paclitaxel y topotecán. Otros que también se pueden utilizar son: docetaxel, ifosfamida, 5-fluorouracilo, irinotecan, gemcitabina y mitomicina.<sup>57</sup> Para la elección de qué fármacos usar se tienen en cuenta distintos factores como: el tipo de cáncer, el estadio, la edad de la paciente y su salud general, los medicamentos que toma, si presenta otros problemas médicos y los tratamientos que se le hayan aplicado anteriormente.<sup>56</sup>

La forma de administración puede ser oral, intravenosa, inyectable, intratecal, intraperitoneal, intraarterial o tópica.<sup>58</sup> Para el cáncer cervical se suele utilizar el método intravenoso, por medio de un catéter o un puerto y una bomba, o el método inyectable a nivel muscular.<sup>57</sup>

A su vez, la aplicación de la quimioterapia puede ser aislada o combinada con otros tratamientos. Por ejemplo, si se la usa antes de la cirugía o de la radioterapia para disminuir el tamaño del tumor se denomina terapia neoadyuvante; en cambio, si se la usa para terminar de eliminar las células cancerosas luego de estas terapias, se le llama terapia adyuvante.<sup>55</sup>

Se la administra en los estadios IB, IIA, IIB, III, IVA y IVB. También, se la utiliza como terapia paliativa para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer terminal, y en las recidivas.<sup>46</sup>

A diferencia de las terapias descritas anteriormente, la quimioterapia no es un tratamiento local, sino que es sistémico. Esto significa que los fármacos aplicados no solo ejercen sus efectos sobre el tumor, también son capaces de actuar sobre las metástasis. Sin embargo, una de las desventajas que esto produce, es que daña tanto las células cancerosas como las sanas, lo que genera múltiples efectos secundarios.<sup>39,56</sup>

Como efectos adversos, la quimioterapia puede producir: fatiga, caída del pelo, náuseas, llagas en la boca, pérdida del apetito, anemia, neutropenia, trombocitopenia, alteraciones del periodo menstrual, menopausia temprana, infertilidad, neuropatía y nefrotoxicidad, entre otros.<sup>57,58</sup>

### **V.3.j.f. Traquelectomía**

La traquelectomía es un procedimiento quirúrgico en el cual se extirpa el cuello del útero y, en algunos casos, la porción superior de la vagina, el parametrio y los ganglios linfáticos. Se indica cuando existe carcinoma de células escamosas mayor a 3 mm confinado a ese segmento.<sup>39,59</sup>

El abordaje puede realizarse por vía vaginal o por vía abdominal, por vagina cuando la invasión del cáncer es de 3 a 20 mm, y por abdomen cuando el tumor tiene un tamaño mayor.<sup>39</sup> En el caso del abordaje abdominal, existen 3 tipos: la cirugía abdominal abierta; la laparoscopia; y la cirugía robótica.<sup>59</sup>

Una de las ventajas de este procedimiento es que busca preservar la fertilidad de la paciente, aunque no siempre es posible.<sup>39</sup> Se realiza en los estadios IA2, IB y IIA.<sup>46</sup>

Al ser una cirugía, la traquelectomía puede presentar complicaciones, entre las cuales se encuentran: estenosis cervical, expulsión del punto de sutura o cerclaje cervical, ausencia de menstruación, aborto, parto pretérmino, problemas de fertilidad, dolor durante las relaciones sexuales, infección de la placenta y líquido amniótico, daño a órganos cercanos, linfedema, linfocele y ruptura prematura de las membranas.<sup>39,59</sup>

### **V.3.j.g. Histerectomía simple**

Una histerectomía simple es una intervención quirúrgica en la cual se extirpa el útero y el cuello uterino. Existen distintas maneras de llevarla a cabo: por vía abdominal, por vía vaginal, por laparoscopia o robótica.<sup>18</sup> Para la selección de la vía de abordaje se

tienen en cuenta distintos factores como el tamaño y la forma del útero, la accesibilidad del útero, si la paciente tuvo cesáreas o cirugías pélvicas anteriores, la presencia de patologías extrauterinas, la nuliparidad, la obesidad y las preferencias del cirujano.<sup>19</sup>

Se realiza en etapas tempranas del cáncer de cuello uterino, como el estadio IA1. También puede utilizarse como tratamiento de precánceres graves o avanzados.<sup>19,46</sup>

Al eliminarse el útero y el cuello uterino, la principal consecuencia de esta cirugía es la esterilidad. Además, pueden presentarse otros efectos secundarios y complicaciones, como infecciones, hemorragias, alteraciones urinarias e intestinales, disfunción sexual, neuropatía periférica, complicaciones con la herida, tromboembolismo y alteraciones psicológicas, entre otros.<sup>19,60,61,62</sup>

### **V.3.j.h. Histerectomía radical**

A diferencia de la histerectomía simple, en la que solamente se extirpan el útero y el cuello uterino, en la histerectomía radical también se retira la parte superior de la vagina, el parametrio, los ganglios linfáticos y los ligamentos y los tejidos que rodean a estas estructuras.<sup>60</sup>

Se lleva a cabo en carcinomas de células escamosas mayores a 3 mm.<sup>39</sup> Se considera una opción de tratamiento cuando no hay afectación de los ganglios linfáticos, en los estadios IA2, IB y IIA.<sup>46,63</sup>

Existen 2 tipos principales de histerectomía radical: laparoscopia y laparotomía. El abordaje laparoscópico resulta menos invasivo, por lo que la recuperación postquirúrgica es más rápida, además de que las pacientes presentan menos dolor que aquellas sometidas a laparotomía.<sup>39,60</sup>

Por otro lado, en los últimos años se empezó a implementar la histerectomía radical modificada, una técnica en la cual se busca preservar los nervios pelvianos para evitar la disfunción vesical.<sup>39</sup>

Como complicaciones de una histerectomía radical convencional pueden aparecer infecciones urinarias, hemorragias, alteraciones intestinales, afectación psicológica y linfedemas, entre otros. Además, es importante recordar que, debido a la extirpación

del útero, esta intervención provoca infertilidad.<sup>39,60,62</sup> En la histerectomía radical modificada, la recuperación de las funciones vesical, rectal y sexual es más rápida, por lo que esta técnica favorece la calidad de vida de la paciente.<sup>39</sup>

Es importante mencionar que una de las consecuencias más frecuentes luego de una histerectomía, tanto simple como radical, es la disfunción del suelo pélvico. El suelo pélvico o periné es una estructura musculofascial ubicada entre el peritoneo pelviano y los genitales externos. Su función principal es la de mantener los órganos pélvicos en su correcta posición, lo cual permite la comunicación de los sistemas urinario, digestivo y reproductor con el exterior a través de la uretra, el recto, y también la vagina en las mujeres. El suelo pélvico está delimitado por diferentes estructuras óseas: por delante por la sínfisis pubiana; por detrás por el vértice del coxis; y a los lados por las ramas isquiopubianas, las tuberosidades isquiáticas y los ligamentos sacrotuberosos. Existe un periné anterior y un periné posterior, divididos entre sí por una línea que se extiende entre ambas tuberosidades isquiáticas. Por otro lado, los músculos del suelo pélvico presentan cuatro capas o planos: el plano más superficial está constituido por el periné superficial, formado por los músculos constrictor vulvovaginal, bulboesponjoso, isquiocavernoso y transverso superficial del periné; la siguiente capa está formada por el diafragma urogenital, que contiene los músculos transverso profundo del periné y esfínter externo de la uretra, la membrana perineal y el ligamento transverso del periné; luego le sigue el diafragma pélvico, constituido por los músculos elevador del ano y coccígeo y la fascia del diafragma pélvico; el plano más profundo es el de la fascia pélvica, que posee una hoja parietal sobre las paredes pélvicas y una hoja visceral sobre las vísceras de la pelvis.<sup>64,65</sup>

Cuando las estructuras del suelo pélvico fallan, aparecen las disfunciones del mismo. Entre las mismas se pueden mencionar el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal o anal, la disfunción sexual y el dolor pélvico crónico. El prolapso de órganos pélvicos puede incluir: cistocele, o descenso de la vejiga; uretrocele, o descenso de la uretra; prolapso uterino, o descenso del útero; descenso de la cúpula vaginal; enterocele, o descenso del intestino delgado y rectocele, o descenso del recto. La incontinencia urinaria puede ser de esfuerzo y desencadenarse,

por ejemplo, al toser o estornudar; de urgencia, en la cual hay pérdida de orina al existir intensas ganas de orinar; o mixta, en la que se combinan las dos. La incontinencia anal se relaciona con la incontinencia de gases, de heces líquidas y de heces sólidas. También puede provocar urgencia para defecar y dolor al hacerlo. La disfunción sexual se asocia, por un lado, a los signos y síntomas físicos, como el dolor durante la penetración o la imposibilidad de llevar a cabo la misma, y por otro lado a las limitaciones psicológicas y emocionales que generan los prolapsos, la incontinencia urinaria y la incontinencia anal. Por último, el dolor pélvico crónico es aquel que afecta a la pelvis y la columna lumbar, que permanece durante más de seis meses y no está relacionado con la menstruación.<sup>66,67</sup>

### **V.3.k. Tratamiento kinésico**

Según la OMS, se entiende por rehabilitación al: “conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Condición de salud se refiere a enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o traumatismo”.<sup>68,69</sup>

La rehabilitación es el acto de colaborar y contribuir a que el paciente recupere aquellas funciones alteradas, disminuidas o perdidas, como consecuencia de una alteración en su estado de salud. También, la rehabilitación tiene como objetivo reducir las dificultades funcionales para recuperar las actividades de la vida diaria (en adelante, AVD) lo cual genera a la persona una mayor capacidad funcional e independencia y una mejor calidad de vida.<sup>68,69</sup>

Si bien se suele relacionar la rehabilitación con las alteraciones del sistema musculoesquelético, es importante mencionar que también se lleva a cabo cuando existen afecciones cardíacas, respiratorias, neurológicas, endócrinas, digestivas, urogenitales, en la recuperación por quemaduras, trasplantes, accidentes, traumatismos, cirugías y en el tratamiento de enfermedades, entre ellas, el cáncer.<sup>69</sup>

El equipo de rehabilitación está conformado por: kinesiólogos/as, psicólogos/as, psicopedagogos/as, fonoaudiólogos/as, médicos/as fisiatras, psicomotricistas, ortesistas y protesistas, y terapeutas ocupacionales, entre otros.

La RAE define kinesiología como el “conjunto de los procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano”.<sup>70</sup>

El tratamiento kinésico es imprescindible en la rehabilitación de las pacientes con cáncer de cuello uterino. El/la kinesiólogo/a tendrá un rol fundamental al actuar directamente sobre los síntomas, la condición física y el estado emocional, e indirectamente sobre la funcionalidad e independencia.

En primer lugar, es fundamental realizar una evaluación integral de la paciente con cáncer de cuello uterino para luego plantear los objetivos del tratamiento. La importancia de la evaluación radica en que cada paciente es diferente y reacciona de manera distinta a la enfermedad y a los tratamientos administrados, por lo que su tratamiento kinésico debe ser individual y personalizado.<sup>13</sup>

Al iniciar la evaluación kinésica es importante tener en cuenta el estadio del CCU en el que se encuentra la paciente y los tratamientos médicos elegidos. No será lo mismo tratar a una paciente en estadio I que a una paciente en estadio IV, desde el punto de vista físico y psicológico. Para cada estadio de la enfermedad existe una variedad de intervenciones médicas que provocan distintos efectos y secuelas en la paciente, y que determinan su estado general. Con respecto a lo físico, hay que analizar los signos y síntomas que presenta la paciente: si sufre de dolor, ya sea local o general; si tiene sangrado vaginal y, en caso afirmativo, las situaciones que lo desencadenan; si presenta fatiga; si hubo modificaciones en su peso; si presenta alteración de otros sistemas, como el urinario o el digestivo; si sufre de linfedema en miembros inferiores. Es importante diferenciar si estos signos y síntomas son consecuencia de la enfermedad o de los tratamientos médicos aplicados. También podrían observarse alteraciones a nivel muscular, entre ellas, acortamientos musculares, contracturas, debilidad o atrofia muscular, disminución de la movilidad articular, y complicaciones postquirúrgicas, entre las cuales se pueden mencionar la disfunción del suelo pélvico y las alteraciones en las cicatrices.<sup>1,3</sup> Además, se debe evaluar la función cardiorrespiratoria para verificar si existe alguna alteración que pueda limitar el tratamiento kinésico.<sup>71</sup>

Por otro lado, es necesario evaluar el estado emocional y anímico de esa paciente. Existen cinco fases por las que pasan las pacientes con CCU luego de su diagnóstico:

negación, ira, negociación, depresión y aceptación. En la fase de negación, la paciente niega la enfermedad y no la reconoce como real. Durante la fase de ira, la paciente se encuentra enojada, indignada, culpable, cree que la vida es injusta, que eso no debería pasarle a ella. Su enojo va dirigido a su entorno, al personal médico e incluso a sí misma. En la fase de negociación, la paciente comienza a reconocer la enfermedad como propia, abandona los sentimientos de culpa e inicia su camino hacia la recuperación. La fase de depresión viene acompañada de sentimientos de tristeza, dolor y cansancio. Muchas pacientes en esta fase abandonan el tratamiento porque sienten que no tiene sentido seguir. Por último, sigue la fase de aceptación, en la cual la paciente finalmente acepta su enfermedad y se reconcilia con su realidad actual sin buscar culpables ni asumirse derrotada. Es importante determinar la fase en la que se encuentra la paciente para poder plantear los objetivos del tratamiento kinésico. Una paciente en fase de depresión, por ejemplo, podría negarse a realizar las actividades o ejercicios que el/la kinesiólogo/a le proponga. Por el contrario, una paciente en fase de aceptación, podría mostrar mayor predisposición al querer luchar contra la enfermedad y sobrevivir.<sup>72</sup>

Una vez finalizada la evaluación kinésica y en base a lo observado y analizado, se deben plantear los objetivos del tratamiento kinésico.

Como objetivos generales se pueden mencionar: el mejoramiento de la función física; la reducción de los síntomas y de las secuelas provocadas por el CCU y por los tratamientos médicos aplicados; el acompañamiento y el apoyo emocional; el aumento de la independencia y de la autonomía de la paciente, que le permitirá reinsertarse en su vida social y laboral; y la mejora en su calidad de vida.<sup>13</sup>

Como objetivos específicos se pueden mencionar: el mantenimiento de las funciones respiratoria y cardiovascular; la prevención de alteraciones musculares, entre ellas, los acortamientos musculares, las contracturas y la atrofia muscular; la reducción y el control del dolor y de la fatiga; la recuperación postquirúrgica; el mejoramiento de la disfunción del suelo pélvico; la reducción del linfedema en miembros inferiores; la recuperación de las AVD; y la educación de la paciente y de su cuidador.<sup>13</sup>

Es importante que los objetivos y las metas que se planteen sean realistas y a corto plazo. El tratamiento kinésico debe ser dinámico y tiene que adaptarse siempre al estado actual de la paciente, el cual va a variar día a día.

Existen distintas modalidades de tratamiento kinésico, las cuales incluyen ejercicio físico o actividad física, fisioterapia, técnicas kinésicas y técnicas de medicina alternativa, entre otras.

### **V.3.k.a. Ejercicio físico**

La OMS define actividad física como: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía”.<sup>73</sup> Dicho movimiento genera un aumento en la demanda de oxígeno y nutrientes de los músculos, lo cual provoca cambios en el metabolismo y el desarrollo y la adaptación de las fibras musculares. Sin embargo, el ejercicio físico no solo brinda efectos a nivel musculoesquelético, sino que favorece a todo el organismo.<sup>74</sup>

Entre los beneficios que ofrece el ejercicio físico se pueden mencionar: el mantenimiento y la mejora de las funciones cardiorrespiratoria, neurológica, hormonal, cognitiva y psicosocial; el aumento de la fuerza y la flexibilidad muscular y la prevención de la atrofia muscular; el incremento de la energía; la reducción del dolor y la fatiga; la mejora de los síntomas de depresión, estrés y ansiedad; la disminución del insomnio y alteraciones del sueño; la mejora de la imagen corporal y el autoestima; el control del peso corporal y de la obesidad; la mejora de la salud ósea y la disminución de la osteoporosis, lo cual reduce el riesgo de sufrir fracturas; la regulación de la insulina y el control de la diabetes; la disminución del riesgo de sufrir ciertos tipos de cáncer; la mejora de la función inmunológica; la reducción del riesgo de caídas; el aumento del apetito; y la reducción de la mortalidad.<sup>13,71,73,75,76</sup>

Existe una gran variedad de ejercicios: el ejercicio aeróbico, los ejercicios de fuerza muscular, los ejercicios de flexibilidad muscular, los ejercicios de movilidad articular activa, los ejercicios de coordinación y los ejercicios de propiocepción, entre otros.<sup>76</sup>

A su vez, hay ejercicios específicos para el fortalecimiento del suelo pélvico: los ejercicios de Kegel y los ejercicios hipopresivos. Los ejercicios de Kegel consisten en

la contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico para mejorar su tono y función. Por un lado, dichas contracciones pueden realizarse de manera lenta y sostenida, al mantener la contracción durante aproximadamente 10 segundos y luego relajar el músculo. Por lo general, en principio se llevan a cabo 10 series de 2 o 3 repeticiones al día, y con el tiempo se agregan más repeticiones. Por otro lado, las contracciones también pueden realizarse de manera rápida y sin sostener, aproximadamente 4 o 5 series de 10 repeticiones al día.<sup>77,78</sup>

La debilidad de los músculos del piso pélvico, provocada por las cirugías, el envejecimiento, el embarazo y el parto, podría genera incontinencia urinaria e incontinencia fecal. El fortalecimiento de dichos músculos mejora estas disfunciones y también, podría favorecer la función sexual.<sup>77</sup>

Los ejercicios hipopresivos se basan en “el descenso de la presión intraabdominal y la activación refleja de los abdominales y del suelo pélvico”. Esto genera, a largo plazo, un incremento del tono muscular de los músculos involucrados. Estos ejercicios consisten en mantener distintas posturas de manera rítmica, repetitiva y secuencial, que tienen como objetivo inhibir la hipertonia del diafragma, que genera hiperpresión abdominal. Durante la fase de apnea espiratoria el músculo serrato anterior se contrae y provoca la expansión del torax y la relajación y la tonificación del diafragma, lo cual produce la disminución de la presión intraabdominal. A esto se lo denomina efecto hipopresivo.<sup>77</sup>

Muchas veces, las patologías se producen por la existencia de una hipotonía a nivel de la musculatura abdominal, que a su vez genera relajación de los músculos del piso pélvico.<sup>77</sup>

El trabajo combinado de los músculos abdominales y los músculos del suelo pélvico genera beneficios a nivel respiratorio, visceral y postural: tonifica dichos músculos, aumenta la circulación de retorno en miembros inferiores, previene alteraciones posturales, y provoca mejoras a nivel sexual, obstétrico y del funcionamiento de los órganos pélvicos.<sup>77</sup>

Por otro lado, otra técnica para tratar las disfunciones del suelo pélvico es el biofeedback o biorretroalimentación. Esta técnica combina la contracción de los músculos del suelo pélvico con el monitoreo de dichas contracciones. Consiste en la realización de programas de ejercicios destinados a mejorar la musculatura del piso pélvico. Durante los ejercicios, se introduce un dispositivo por vía vaginal o anal que mide la presión de las contracciones musculares y le da a la paciente una devolución sobre dichas contracciones, mediante señales acústicas o visuales: por ejemplo, a medida que la contracción muscular es más fuerte, el sonido aumenta en volumen, o se prenden más luces.<sup>79,80</sup>

Entre los beneficios del biofeedback se mencionan el aumento de la potencia y la resistencia de los músculos del suelo pélvico, y el incremento en la rapidez de contracción de los mismos, lo cual podría reducir la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal.<sup>79,80</sup>

### **V.3.k.b. Fisioterapia**

La fisioterapia consiste en la utilización de agentes físicos con el objetivo de conseguir efectos sobre los tejidos blandos.<sup>13</sup> Dichos agentes físicos pueden dividirse en tres categorías: agentes térmicos, que incluyen a los agentes de calentamiento profundo, a los agentes de calentamiento superficial y a los agentes de enfriamiento; agentes mecánicos, que pueden ser de tracción, compresión, agua y sonido; y agentes electromagnéticos, que incluyen a los campos electromagnéticos y a las corrientes eléctricas.<sup>81</sup>

No todos los agentes físicos pueden utilizarse en pacientes con cáncer, ya que muchos de ellos aumentan la circulación sanguínea y podrían acelerar el crecimiento del tejido cancerígeno. Es por esto que resulta importante conocer las contraindicaciones y precauciones de cada uno de ellos. Sin embargo, existen algunos agentes físicos que son aptos para este tipo de pacientes, entre ellos: la crioterapia, la onda corta no térmica y la hidroterapia. Además, pueden usarse con precaución la estimulación eléctrica neuromuscular (en adelante, EENM), la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (en adelante, TENS) y la compresión externa.<sup>81</sup>

La crioterapia se basa en el uso terapéutico del frío por medio de diferentes materiales, como las bolsas de frío o hielo, las unidades de compresión fría controlada, el agua fría, los pulverizadores de crio evaporación, las toallas congeladas y los baños de contraste. Entre los efectos de la crioterapia se pueden encontrar: el control de la inflamación, el dolor y el edema; la disminución de la espasticidad; la facilitación de la contracción muscular y del movimiento; y el control de los síntomas en pacientes con esclerosis múltiple.<sup>81</sup>

La onda corta es un tipo de radiación electromagnética que corresponde a la gama de la radiofrecuencia, con una longitud de onda de 3 a 200 m. Puede ser térmica, la cual aumenta la temperatura corporal y genera cambios fisiológicos a nivel de los tejidos, o puede ser no térmica, la cual no produce cambios en la temperatura de los tejidos al ser de tipo pulsátil con una intensidad media de energía baja. En pacientes con cáncer, solo puede utilizarse la onda corta no térmica, y sus principales efectos son la reducción del dolor y del edema y la aceleración del proceso de cicatrización de los tejidos.<sup>81</sup>

La hidroterapia consiste en la utilización de agua con fines terapéuticos. Su aplicación puede ser a través de la inmersión, ya sea de todo el cuerpo o de algún segmento del mismo, o por medio del rociado de agua sobre el cuerpo. Los beneficios que brinda la hidroterapia son, por un lado, los mismos que ofrecen los agentes térmicos, a saber: disminución del dolor, aumento de la extensibilidad de partes blandas, incremento de la circulación sanguínea y aumento en la velocidad de la cicatrización, en relación a los agentes de calentamiento; y reducción del dolor, el edema, la inflamación y la espasticidad, y la facilitación de la contracción muscular, en relación a los agentes de enfriamiento. Por otro lado, el agua se puede usar como limpiador, y también proporciona efectos a nivel de los sistemas cardiovascular, renal, respiratorio, osteomuscular y genera cambios psicológicos.<sup>81</sup>

La estimulación eléctrica neuromuscular utiliza corrientes eléctricas que producen la contracción de los músculos sobre los que se quiere ejercer efectos. Estas corrientes generan mejoras a nivel cardiovascular, control del edema provocado por falta de movimiento, estimulación de la contracción muscular de músculos denervados, fortalecimiento muscular, prevención de la atrofia muscular, disminución de la

espasticidad, mejora del control motor en pacientes neurológicos, fortalecimiento de los músculos de la faringe en pacientes con disfagia, control de la incontinencia urinaria, y restablecimiento de la función, entre otros beneficios.<sup>81</sup>

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea tiene como función principal el control y la disminución del dolor, tanto agudo como crónico, lo cual a su vez reduce la ingesta de analgésicos. Los efectos de la TENS se ejercen por medio de dos mecanismos: el control de compuerta y la liberación de opiáceos. Por un lado, el control de compuerta se basa en que la estimulación sensitiva dada por la TENS de alta frecuencia, controla el dolor al producir la activación de los nervios A $\beta$  no nociceptores, lo cual inhibe la transmisión de señales nociceptivas en la médula espinal. Por otro lado, la liberación de opiáceos se basa en que la estimulación motora dada por la TENS de baja frecuencia, controla el dolor al estimular la producción y la liberación de opiáceos endógenos.<sup>81</sup>

Es importante tener en cuenta que, tanto la EENM como la TENS, no deben aplicarse sobre la zona del tumor ya que podrían estimular el crecimiento de los tejidos y empeorar el cuadro.<sup>81</sup>

La compresión externa consiste en la aplicación de una fuerza mecánica externa que genera presión sobre el cuerpo o un segmento de este. Dicha presión mejora el equilibrio de los líquidos, ya que incrementa la presión hidrostática en el espacio intersticial y la presión pasa a ser mayor que en los vasos. De esta forma, los líquidos regresan a los vasos y recuperan su circulación normal. Entre sus efectos principales se mencionan: la mejora de la circulación a nivel venoso y linfático, lo cual permite controlar el edema periférico y prevenir la trombosis venosa profunda; la facilitación del modelado del muñón luego de una amputación, ya que limita el crecimiento de los tejidos; y el aumento de la temperatura tisular.<sup>81</sup>

Se debe tener precaución al utilizar la compresión externa en pacientes con cáncer, ya que provoca aumento de la circulación y esto podría favorecer el crecimiento del tumor o generar metástasis. Es por esto, que es conveniente evitar el uso de compresión externa en zonas cercanas al cáncer.<sup>81</sup>

### **V.3.k.c. Técnicas kinésicas**

La RAE define masoterapia como: “utilización del masaje con fines terapéuticos”.<sup>82</sup> El masaje consiste en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo con el fin de mejorar las funciones corporales y provocar relajación y bienestar a la persona. Existen distintas técnicas de masaje y la elección de la misma va a depender de los resultados que se busquen. Entre ellas se destacan la fricción, el amasamiento, la presión y el roce.<sup>13,83</sup>

El masaje ejerce sus efectos sobre múltiples sistemas del organismo, entre ellos, el sistema muscular, el sistema vascular y el sistema nervioso. Produce relajación; disminución de los síntomas de estrés, ansiedad y mejora del estado de ánimo; reducción del dolor, la fatiga y la tensión muscular; mejora de la calidad del sueño; disminución de los niveles de cortisol; aumento de los niveles de dopamina y serotonina; mejora de la inmunidad, al incrementar las células del sistema inmunitario; aumento de la permeabilidad cutánea; mejora de la circulación sanguínea y linfática; y reducción de la frecuencia cardíaca.<sup>13,84</sup>

Existe una técnica de masoterapia específica conocida como masaje transversal profundo o técnica de Cyriax. La misma consiste en la realización de un masaje en forma perpendicular a las fibras del tejido a tratar. Dicho masaje se lleva a cabo con la yema de uno o más dedos, en función de la extensión del tejido a tratar y la profundidad que se pretende alcanzar. Para el mismo no se utilizan cremas ni aceites, ya que el dedo de el/la kinesiólogo/a no debe deslizarse sobre la piel sino moverse con ella.<sup>85</sup>

El masaje transversal profundo puede aplicarse sobre músculos, tendones y ligamentos. Genera la movilización de los tejidos entre sí, lo cual permite eliminar adherencias. Este efecto permite su utilización también sobre cicatrices quirúrgicas adheridas a planos profundos con el objetivo de romper dichas adherencias y prevenir, por ejemplo, limitaciones en la movilidad. A su vez, este tipo de masaje provoca hiperemia en los tejidos, lo cual aumenta la irrigación sanguínea en la zona de la lesión y acelera el proceso de curación. Por último, produce una analgesia temporal en la región tratada con una disminución del dolor.<sup>85</sup>

Otra técnica muscular es la liberación de puntos gatillo. Un punto gatillo es un nódulo localizado en un músculo acortado y debilitado que genera dolor. Dicho dolor puede ubicarse solo en la zona del nódulo o bien, ser un dolor referido. Existen tres tipos de puntos gatillo: los puntos gatillo primarios, que son aquellos que se presentan en el músculo al existir una disfunción neuromuscular; los puntos gatillo secundarios, que no se ubican en el músculo afectado, sino en sus sinergistas o en sus antagonistas; y los puntos gatillo latentes, que no presentan sintomatología, pero podrían volverse dolorosos.<sup>85</sup>

La liberación de puntos gatillo se lleva a cabo al ejercer una presión profunda con uno o más dedos sobre el nódulo. La presión debe ir acompañada de respiraciones lentas y profundas para lograr la relajación del músculo afectado. De esta forma, se disminuye la irritación sobre el punto gatillo y el dolor que este genera, lo cual permite recuperar la elasticidad y fuerza muscular.<sup>85</sup>

Dentro de la masoterapia también se incluye al drenaje linfático manual (en adelante, DLM). Esta técnica consiste en la realización de masajes suaves sobre la piel, en dirección a los ganglios linfáticos de cada segmento corporal, con el fin de activar el sistema linfático superficial y, en consecuencia, movilizar y facilitar la evacuación de la linfa.<sup>86</sup>

El principal beneficio que brinda la técnica de DLM es la disminución del edema. Esto se produce gracias a dos efectos: el mecánico y el calórico. El efecto mecánico se basa en que la aplicación del masaje traslada la linfa hacia los vasos colectores. El efecto calórico se produce al haber un aumento de la temperatura tisular, que estimula la apertura de dichos vasos colectores y facilita el pasaje de la linfa hacia ellos. Por otro lado, el DLM también proporciona efectos analgésicos y sedantes, activación de la musculatura lisa y mejora de la respuesta inmunitaria.<sup>86</sup>

El drenaje linfático manual junto con la compresión externa mediante vendas elásticas o fajas de compresión, constituyen la terapia descongestiva compleja. Dicha terapia tiene dos objetivos: en primer lugar, reducir el linfedema por medio del drenaje linfático manual y, en segundo lugar, evitar que el líquido linfático vuelva a acumularse a través de los agentes físicos de compresión.<sup>87</sup>

Otra técnica kinésica es la movilización articular, que se basa en la aplicación de fuerzas por parte de el/la kinesiólogo/a con el objetivo de generar movimiento sobre una articulación en una dirección específica. Es una técnica que se aplica sobre articulaciones cuyo movimiento se encuentre limitado o disminuido. Las movilizaciones pueden ser pasivas, en las cuales el/la kinesiólogo/a es quien realiza el movimiento; activo-asistidas, en las que existe una colaboración por parte de la paciente para realizar el movimiento con ayuda de el/la kinesiólogo/a; o activas, en las cuales el movimiento lo lleva a cabo la paciente sin ningún tipo de ayuda externa.<sup>13,88</sup>

Como beneficios, la movilización articular aumenta el rango de movimiento articular, disminuye el dolor, reduce la tensión muscular y los espasmos de los músculos que rodean a la articulación afectada y mejora el funcionamiento general.<sup>88</sup>

Además de las técnicas kinésicas mencionadas, existen técnicas de medicina alternativa/complementaria que pueden aplicarse a pacientes con CCU. La medicina alternativa se compone de distintas prácticas cuyas creencias y teorías son diferentes a las de la medicina convencional. Algunos ejemplos de estas técnicas son la acupuntura, la homeopatía, la quiropraxia, la aromoterapia y el reiki, entre otras.<sup>89</sup>

La acupuntura es la técnica de medicina alternativa/complementaria más utilizada. Implica la colocación de agujas de distintos grosores y longitudes en puntos dolorosos específicos de la superficie corporal. Esta técnica se aplica en aquellos trastornos o enfermedades que generan dolor recurrente y crónico.<sup>89,90</sup>

#### **V.4. Calidad de vida**

La OMS define calidad de vida como: “percepción del individuo de su posición en la vida en contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.<sup>9</sup>

Existen distintos instrumentos que se emplean para evaluar la calidad de vida. Algunos de ellos son generales, como el instrumento SF-36, mientras que otros son específicos para pacientes cáncer, como el EORTC QLQ-C30 y el FACT-G.<sup>91</sup>

El instrumento SF-36 es un cuestionario de 36 ítems que evalúa 8 aspectos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Mientras mayor sea la puntuación final, mejor es el estado de salud de la persona.<sup>92</sup>

El instrumento EORTC QLQ-C30 consiste en un cuestionario de 30 ítems que tiene en cuenta lo funcional, los síntomas y el estado global.<sup>93</sup> A los primeros 28 ítems se les asigna un puntaje del 1 a 4, mientras que los últimos 2 ítems se evalúan con un puntaje del 1 al 7. Como resultado, se obtendrá un puntaje que va del 0 al 100: mientras mayor es ese puntaje, mayor es el impacto que genera el cáncer en la calidad de vida de esa paciente. A partir de los 60 puntos, se determina que el impacto de la enfermedad es negativo.<sup>91</sup>

El instrumento FACT-G consta de 27 ítems que evalúan las dimensiones física, social y familiar, emocional y el bienestar funcional. A cada ítem se le asigna un puntaje del 1 al 4, lo cual da como resultado un puntaje final que va del 0 al 180. Mientras mayor es el puntaje final, mejor es la calidad de vida de la paciente.<sup>94,95</sup>

Por otro lado, el instrumento QOL-CX24 es un cuestionario que valora específicamente la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino. Consiste en un cuestionario de 24 preguntas con escalas multi-ítem y escalas de ítem simple. Evalúa experiencia de síntomas, función vaginal y sexual e imagen corporal. Al igual que en el instrumento QLQ-C30, se obtiene un puntaje del 0 al 100 y los puntajes mayores a 60 se consideran negativos.<sup>91</sup>

Valorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer cervicouterino es de suma importancia, ya que permite identificar de qué manera afecta la enfermedad a cada persona, en base a los aspectos físicos, sexuales, psicológicos y sociales. Además, brinda información acerca de los resultados de las intervenciones realizadas y permite al equipo de salud planificar los siguientes pasos del tratamiento al tener en cuenta los aspectos mencionados, lo cual genera mejores tasas de supervivencia.<sup>92</sup>

En la dimensión física el grado de alteración va a depender del tratamiento elegido, ya que cada uno de ellos provoca síntomas, complicaciones y secuelas diferentes que

causan malestar físico. Algunas de estas terapias producen efectos secundarios a corto plazo, mientras que otros pueden observarse luego de años. A mayor cantidad de tratamientos realizados, más afectada se verá la dimensión física debido a que cada uno provoca distintos efectos y, por ende, peor será la calidad de vida de esa paciente.<sup>9</sup>

Lo sexual también se ve afectado principalmente por los tratamientos recibidos, que en su mayoría generan disfunción sexual. La cirugía y la radioterapia son las modalidades que mayores dificultades le generan a la paciente a la hora de vivir su sexualidad. Como alteraciones se pueden encontrar: la falta de libido, por parte de la paciente o de su pareja; la ausencia de lubricación vaginal; relaciones sexuales dolorosas, ya sea antes, durante o después de la penetración; la estrechez vaginal; y la disconformidad sexual. Una situación que se observa con frecuencia en estos casos, es el miedo de la pareja de la paciente a generarle un daño durante el acto sexual, comportamiento que la mujer puede interpretar como rechazo. Es por esto y otras situaciones, que resulta fundamental la comunicación en la pareja.<sup>9</sup>

Desde el punto de vista psicológico, son frecuentes la depresión, la ansiedad y el estrés. Como en cualquier tipo de cáncer, estos aparecen frente al diagnóstico, los tratamientos y los efectos secundarios de los mismos, pero, en el cáncer de cuello uterino en particular, una de las mayores preocupaciones de las pacientes es la posibilidad de perder su fertilidad. También, pueden tener baja autoestima lo cual provoca alteraciones emocionales. Por otro lado, estas pacientes conviven con el miedo a la recidiva y la muerte.<sup>9,91,92,93</sup>

Con respecto a lo social, es importante que la paciente cuente con una red de apoyo que esté conformada principalmente por su pareja, su familia y sus amigos, pero también por psicólogos y otras mujeres que padezcan o hayan padecido la enfermedad. Aquellas mujeres que cuentan con esta red pueden adaptarse con mayor facilidad a su enfermedad y la nueva realidad que les toca vivir. Por otro lado, el apoyo no solo es necesario durante el diagnóstico y el tratamiento, sino también en la reinserción de esa paciente a su vida social y laboral, que será difícil debido a las secuelas causadas por la enfermedad y al impacto social que genera una persona con cáncer.<sup>9</sup>

A la hora de evaluar la calidad de vida de una paciente con cáncer de cuello uterino se debe tener en cuenta tanto a las pacientes que aún padecen la enfermedad, como a aquellas que son supervivientes. Se considera que una paciente es superviviente cuando ha tenido un largo plazo de supervivencia posterior al tratamiento del cáncer. Ambos grupos de pacientes, corren el riesgo de sufrir secuelas, entre las cuales se encuentran: dolor, menopausia precoz, disfunción sexual, fatiga crónica y deterioro físico. Directa o indirectamente, estas secuelas provocan afectación de la calidad de vida.<sup>92</sup>

Hay factores que ayudan a predecir qué tan afectada puede estar la calidad de vida de una paciente con cáncer de cuello uterino. Se asocian a una mejor calidad de vida los siguientes factores: estadio temprano de la enfermedad según el Sistema de Estadificación FIGO, mayor edad, apoyo y contención social, paridad cumplida y buen estado de salud mental. Por el contrario, se asocian a una peor calidad de vida los siguientes factores: estadio avanzado de la enfermedad según el Sistema de Estadificación FIGO, menor edad, aplicación de tratamientos invasivos y en mayor cantidad, menor apoyo y contención social, deseo de maternar y deterioro del estado de salud mental.<sup>92</sup>

Tal como se mencionó, es fundamental tener en cuenta el tipo de tratamiento que recibió la paciente, ya que todos son diferentes, más o menos invasivos, con distintos efectos secundarios y complicaciones. La quimioterapia, por ejemplo, genera sintomatología aguda que afecta todas las dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, sexual y social. La radioterapia genera mayores consecuencias a nivel de la dimensión física, lo cual altera también el estado de salud mental. Por su parte, el tratamiento quirúrgico afecta principalmente las dimensiones física y sexual, lo cual también provoca alteración psicológica. De esta forma, se puede observar que todos los tipos de tratamientos afectan, en mayor o menor medida, todas las dimensiones de la calidad de vida.<sup>92</sup>

La importancia de valorar la calidad de vida de este tipo de pacientes radica principalmente en que el cáncer de cuello uterino es uno de los pocos cánceres ginecológicos que pueden ser curados. Sin embargo, a pesar de que en los periodos de remisión las pacientes presentan un estado de salud general aceptable, tanto la

enfermedad en sí como los tratamientos realizados dejan una gran cantidad de secuelas que generan afectación de la calidad de vida.<sup>9,92</sup>

## VI. Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica a partir de la consulta en bases de datos y fuentes, tales como: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud y Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT. Se seleccionaron publicaciones en idiomas español e inglés, en un periodo de tiempo comprendido entre 2014-2023. Se emplearon términos DeCS y MeSH.

	<b>Término libre</b>	<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
#1	Neoplasias del Cuello Uterino/Uterine Cervical Neoplasms	Neoplasias del Cuello Uterino	“Uterine Cervical Neoplasms” [Mesh]
#2	Fisioterapia/Physiotherapy	Modalidades de Fisioterapia	“Physical Therapy Modalities” [Mesh]
#3	Calidad de vida/Quality of Life	Calidad de Vida	“Quality of Life” [Mesh]

Tabla 4. Palabras clave empleadas.

<b>N°</b>	<b>Término</b>	<b>Conector</b>	<b>Término</b>	<b>Conector</b>	<b>Término</b>
#4	#1	AND	#2	-	-
#5	#1	AND	#3	-	-
#6	#1	AND	#2	AND	#3

Tabla 5. Combinación de palabras clave.

## **VII. Contexto de Análisis**

En el presente apartado se realizó un análisis acerca de los efectos del tratamiento kinésico en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de cuello uterino.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos y publicaciones con texto completo disponible que no superen los 10 años desde su publicación, que abordaran al menos una modalidad de tratamiento kinésico en pacientes con cáncer de cuello uterino, o en pacientes con algún tipo de cáncer ginecológico, o en pacientes que hayan pasado por una histerectomía.

Los criterios de exclusión fueron: artículos científicos y publicaciones que superaran los 10 años de antigüedad, que no abordaran al menos una modalidad de tratamiento kinésico, aquellos que incluyeran otros tipos de cáncer que no sea el cáncer de cuello uterino y/o las neoplasias ginecológicas, y protocolos de tratamiento kinésico sin resultados expuestos.

### **VII.1. Dolor**

El dolor oncológico o dolor relacionado con el cáncer es cualquier tipo de dolor, como el neuropático, el visceral, el musculoesquelético, el óseo, el nociceptivo o el nociplásico, que aparece en el proceso del cáncer. Este dolor puede ser provocado por la enfermedad en sí o por los tratamientos. A su vez, cada dolor tiene una duración, una ubicación, una intensidad y un momento de presentación.<sup>96</sup>

El dolor oncológico suele ser tratado con fármacos, entre ellos, los antiinflamatorios no esteroideos y los opioides. Sin embargo, el tratamiento farmacológico no es eficaz para todos los tipos de dolor, además de que viene acompañado de efectos secundarios, entre los que se mencionan náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones del sueño, inhibición respiratoria y alucinaciones. Es por esto, que se deben buscar alternativas de tratamientos no farmacológicos para aliviar el dolor en pacientes con cáncer.<sup>96,97</sup>

Un estudio observacional de China titulado “A pilot study of acupuncture at pain acupoints for cervical cancer pain” (Estudio piloto de acupuntura en acupuntos dolorosos para el dolor del cáncer cervical) y realizado por Meng y cols., analizó los efectos de la acupuntura aplicada sobre puntos dolorosos en pacientes con CCU en

estadios II, III y IV en comparación con la aplicación de acupuntura en los puntos de uso común, y, a su vez, evaluó la calidad de vida de dichas pacientes luego de 14 días de tratamiento. Se incluyeron a 64 mujeres, las cuales fueron asignadas a dos grupos: 32 recibieron acupuntura en los puntos dolorosos y 32 recibieron acupuntura en los puntos de uso común. El estudio concluyó en que la eficacia de la acupuntura fue mayor en su aplicación sobre los puntos dolorosos en pacientes con CCU, que en su aplicación sobre los puntos de uso común. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en relación a la calidad de vida entre el grupo de intervención y el grupo control.<sup>97</sup>

Con respecto al ejercicio físico, Plinsinga y cols. en su revisión sistemática titulada “The effect of exercise on pain in people with cancer: a systematic review with meta-analysis” (El efecto del ejercicio sobre el dolor en personas con cáncer: una revisión sistemática con metanálisis) sostienen que “dentro de la población con cáncer, la evidencia observacional sugiere que las personas que realizan más actividad física reportan menos dolor que las personas que realizan menos actividad física”.<sup>96</sup> Esto se debe a que el ejercicio personalizado ayuda a mejorar los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento.<sup>98</sup>

Se analizaron dos revisiones sistemáticas que evaluaron los efectos del ejercicio físico. La primera revisión fue la llevada a cabo por Plinsinga y cols., y tuvo como objetivo analizar los efectos del ejercicio físico sobre el dolor de pacientes con cáncer. Dentro del estudio, se incluyó al cáncer ginecológico entre otros tipos de cáncer. Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos, en la cual se seleccionaron 71 artículos que incluían a 5877 participantes. Las actividades que se tuvieron en cuenta fueron: el ejercicio aeróbico, el ejercicio de resistencia, el ejercicio mixto (aeróbico y de resistencia), el yoga y otros ejercicios como las artes marciales. La mayoría de los estudios analizados evaluaron los efectos del ejercicio físico durante el tratamiento médico, ya sea quimioterapia, radioterapia o ambas, mientras que un menor porcentaje evaluaron los efectos del ejercicio físico una vez finalizado el tratamiento médico.<sup>96</sup>

La segunda revisión, titulada “Efficacy of exercise interventions for women during and after gynaecological cancer treatment: a systematic scoping review” (Eficacia de las intervenciones de ejercicio para mujeres durante y después del tratamiento del cáncer

ginecológico: una revisión sistemática del alcance) y realizada por Rose y cols. tuvo el objetivo de analizar la eficacia del ejercicio físico en mujeres con cáncer ginecológico, durante y después de su tratamiento médico. La revisión incluía pacientes con cáncer de cuello uterino, cáncer de útero, cáncer de ovarios, cáncer de vagina, cáncer de vulva y cáncer de trompas de Falopio. La búsqueda se realizó en distintas bases de datos y se seleccionaron 11 artículos. En los estudios revisados se incluyeron a 640 mujeres con cáncer de estadios I, II, III y IV, y la mayoría de ellas ya habían finalizado su tratamiento médico. Los programas de ejercicios llevados a cabo en dichos estudios tuvieron una duración promedio de 15 semanas y consistían en ejercicio aeróbico, ejercicios de resistencia, ejercicios de flexibilidad, ejercicios de equilibrio y bailes.<sup>98</sup>

Ambas revisiones coincidieron en que el ejercicio físico podría ser beneficioso para las pacientes con cáncer al controlar y reducir el dolor. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, en la primera revisión, la mayoría de las participantes se encontraban en tratamiento médico al momento de realizar la actividad física, mientras que, en la segunda revisión, la mayoría de las participantes ya habían finalizado su tratamiento médico.<sup>96,98</sup>

Por otro lado, la revisión realizada por Plinsinga y cols., solo analizó los efectos del ejercicio físico sobre el dolor oncológico, sin incluir otros síntomas. Dicho estudio concluyó en que el ejercicio activo, las movilizaciones articulares y de los tejidos, el ejercicio aeróbico, el ejercicio de fortalecimiento y de resistencia, el yoga, las artes marciales, la danza y el pilates son beneficiosos para tratar el dolor oncológico. Por su parte, la revisión de Rose y cols. incluyó la evaluación de otros síntomas más allá del dolor, y concluyó en que el ejercicio físico en mujeres con cáncer ginecológico genera mejoras de la fuerza muscular, de la capacidad de ejercicio y la agilidad, lo cual a su vez reduce la fatiga y facilita la realización de las AVD, lo que mejora la calidad de vida. Sin embargo, en dicho estudio, no se reportaron cambios en la flexibilidad, el equilibrio, el sueño, el estrés y el bienestar mental, por lo cual, la implementación de ejercicio físico en mujeres con cáncer ginecológico podría ser beneficiosa para algunas pacientes, mientras que para otras podría no serlo.<sup>96,98</sup>

En una publicación que trata sobre el ejercicio y la calidad de vida en pacientes con cáncer, se plantea que el ejercicio aeróbico combinado con ejercicio de resistencia realizado durante 10 a 12 semanas genera beneficios en la composición corporal y la función cardiorrespiratoria de pacientes con cáncer, así como también disminución de las náuseas, la fatiga y los síntomas de ansiedad y depresión, lo cual mejora la calidad de vida.<sup>99</sup>

Por su parte, Correia y cols. en su estudio titulado “Effects of home based exercise programs on physical fitness in cancer patients undergoing active treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials” (Efectos de los programas de ejercicio en el hogar sobre la aptitud física en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento activo: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios), aseguran que el ejercicio también actúa directamente sobre la respuesta tumoral intrínseca y genera mayor independencia y movilidad, lo cual mejora la realización de las AVD. Además, aseguran que “a través de mejoras en la aptitud cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la composición corporal, el ejercicio puede promover reducciones notables en los efectos citotóxicos de los tratamientos y, por ejemplo, prevenir la cardiotoxicidad, la sarcopenia grave y la caquexia, lo que conduce a mejores resultados posteriores al tratamiento y de supervivencia”. Todo esto repercute directamente en la calidad de vida y produce mejoras en la misma.<sup>100</sup>

Por último, se analizó una revisión sistemática llevada a cabo por Reger y cols. y titulada “Water therapies (hydrotherapy, balneotherapy or aqua therapy) for patients with cancer: a systematic review” (Terapias acuáticas (hidroterapia, balneoterapia y acuaterapia) para pacientes con cáncer: una revisión sistemática), con el objetivo de analizar los beneficios de la aplicación de hidroterapia en pacientes con cáncer. La búsqueda se llevó a cabo en cinco bases de datos y se seleccionaron aquellos artículos que incluían pacientes con cualquier tipo de cáncer en estadios I, II, III y IV que hubiesen sido tratados con hidroterapia. Se analizaron 10 artículos, con un total de 397 participantes, de los cuales 113 padecían algún cáncer ginecológico. Entre las terapias utilizadas en los estudios evaluados se mencionan: ejercicios acuáticos, entre ellos,

ejercicios aeróbicos, movimientos de motilidad y estiramientos dentro de la piscina; baños de cuerpo entero; y baños de pies. Los tratamientos duraron entre 2 y 3 meses.<sup>101</sup>

Como resultados, por un lado, la aplicación de hidroterapia en pacientes con cáncer redujo el dolor, la pesadez y la fatiga, lo cual podría mejorar la calidad de vida. Por otro lado, no hubo cambios significativos respecto del linfedema de miembros inferiores, ni tampoco de la fuerza muscular. Reger y cols. afirman que existe evidencia sólida de que la actividad física tiene efectos positivos sobre los síntomas como el dolor, la fatiga, el linfedema y la función física. Sin embargo, la hidroterapia no consigue los mismos resultados. Esto podría relacionarse con la intensidad del ejercicio, que será menor en la terapia acuática.<sup>101</sup>

## **VII.2. Linfedema**

El linfedema consiste en la acumulación de líquido linfático en los tejidos blandos provocada por una insuficiencia del sistema linfático que altera el transporte de la linfa y genera aumento de volumen. El linfedema puede ser primario o secundario: el linfedema primario es aquel que se produce por un desarrollo anormal del sistema linfático, mientras que el linfedema secundario es el resultado de algún daño generado al sistema linfático.<sup>102,103</sup>

En el cáncer, el linfedema se asocia a los tratamientos para el mismo, entre ellos, la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos mediante cirugía y la radioterapia.<sup>102</sup>

El linfedema genera síntomas que afectan la calidad de vida de quienes lo padecen, entre ellos, dolor, pesadez, deficiencias sensitivas en las extremidades y ansiedad. Influye sobre el bienestar psicológico y social, limita la movilidad y la realización de las AVD.<sup>102,104</sup>

La evidencia existente apoya el uso de la terapia descongestiva compleja en el linfedema postoperatorio de pacientes con cáncer. Sin embargo, la mayoría de los estudios se centraron en la aplicación de dicha terapia en el linfedema de miembros superiores en pacientes con cáncer de mama, mientras que muy pocos analizaron sus

efectos en el linfedema de miembros inferiores en pacientes con cáncer ginecológico.<sup>104</sup>

Kendrová y cols., en su investigación realizada en Eslovaquia y titulada “Comprehensive decongestive therapy as a treatment for secondary lymphedema of the lower extremity and quality of life of women after gynecological cancer surgery” (Terapia descongestiva integral como tratamiento del linfedema secundario de la extremidad inferior y calidad de vida de las mujeres tras la cirugía del cáncer ginecológico), afirman que “la incidencia de linfedema de las extremidades inferiores en pacientes con neoplasias malignas ginecológicas oscila entre el 2,4% y el 41%. Por tanto, el tratamiento del linfedema de las extremidades inferiores en pacientes después de una cirugía de cáncer ginecológico es una cuestión importante”.<sup>102</sup>

Las tasas más altas de linfedema de miembros inferiores en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino se dan en aquellas pacientes tratadas con cirugía en combinación con radioterapia.<sup>105</sup>

Se analizaron dos estudios acerca de los efectos de la terapia descongestiva compleja sobre el linfedema de miembros inferiores en mujeres con cáncer ginecológico. Por un lado, se analizó un estudio prospectivo, aleatorio y controlado realizado en China por Wu y cols. y titulado “Early prevention of complex decongestive therapy and rehabilitation exercise for prevention of lower extremity lymphedema after operation of gynecologic cancer” (Prevención temprana de terapia descongestiva compleja y ejercicios de rehabilitación para la prevención del linfedema de las extremidades inferiores después de una operación de cáncer ginecológico). Dicho estudio tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de la prevención del linfedema postoperatorio de miembros inferiores en pacientes con cáncer ginecológico mediante la aplicación de terapia descongestiva compleja y ejercicios de rehabilitación. El estudio incluyó a 109 mujeres con cáncer de cuello uterino, cáncer de ovario y cáncer de endometrio en estadio II o III, sometidas a cirugía con extracción de los ganglios linfáticos pélvicos. Con respecto a la terapia descongestiva compleja, implicó la realización de drenaje linfático manual con la posterior colocación de vendaje elástico. Respecto de los ejercicios de rehabilitación, se indicaron movilizaciones articulares activas en rango

completo de tobillos, rodillas y caderas en todos sus movimientos. El tratamiento duró 40 días, con un seguimiento posterior de un año.<sup>104</sup>

Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Kendrová y cols., tuvo como objetivo evaluar los efectos de la terapia descongestiva sobre el linfedema de miembros inferiores y la calidad de vida de dichas pacientes. El estudio incluyó a 50 mujeres con linfedema de extremidades inferiores diagnosticadas con cáncer ginecológico y tratadas con radioterapia. El tratamiento duró 15 días y las terapias realizadas fueron: drenaje linfático manual, vendaje elástico, gimnasia vascular, hidroterapia y educación de la paciente.<sup>102</sup>

Los resultados de ambos estudios fueron positivos: hubo reducción del linfedema de miembros inferiores con disminución del diámetro a nivel de muslos y pantorrillas. Sin embargo, las diferencias radicaron en que, en el primer estudio, las participantes también tuvieron reducción del dolor, la pesadez, el entumecimiento, la fatiga y la disfunción de las extremidades. Por su parte, las participantes del segundo estudio tuvieron un aumento de la aptitud física y emocional. Finalmente, a pesar de estas diferencias, los autores de ambos estudios concluyeron en que el tratamiento mejoró la calidad de vida de las pacientes.<sup>102,104</sup>

### **VII.3. Disfunciones del suelo pélvico**

La incontinencia urinaria y la incontinencia fecal son consecuencias muy frecuentes del tratamiento del cáncer ginecológico. Las mismas reducen los niveles de actividad sexual y de las AVD, así como también la calidad de vida de quien las padece.<sup>106</sup>

Se analizó un estudio cualitativo realizado en Suecia por Lindgren y cols. y titulado “Experiencias of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment” (Experiencias de incontinencia y entrenamiento de los músculos del suelo pélvico después del tratamiento del cáncer ginecológico). El objetivo del mismo fue evaluar, mediante entrevistas, los efectos del entrenamiento muscular del piso pélvico sobre la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal en relación a la calidad de vida de pacientes sobrevivientes de cáncer ginecológico. De las 13 pacientes seleccionadas para el estudio, no todas habían realizado entrenamiento muscular del piso pélvico. Los resultados indicaron que, aquellas pacientes que habían realizado el

entrenamiento muscular del piso pélvico, notaron mejoras en su calidad de vida, en relación a la disminución de la ansiedad, el miedo a las fugas, la sensación de exclusión y la falta de libertad. Además, todas las participantes demostraron una actitud positiva e insistieron en que las pacientes con cáncer ginecológico deberían recibir más información acerca de la incontinencia como efecto secundario y de la existencia del entrenamiento muscular del piso pélvico como alternativa de tratamiento.<sup>106</sup>

Por otro lado, se evaluó un estudio de intervención realizado en Egipto por Raddaha y Nasr y titulado “Kegel exercise training program among women with urinary incontinence” (Programa de entrenamiento con ejercicios de Kegel entre mujeres con incontinencia urinaria), cuyo fin fue analizar los efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento con ejercicios de Kegel en mujeres con incontinencia urinaria. El estudio incluyó a 292 mujeres que tuviesen incontinencia urinaria. Del total de las participantes, 8 habían pasado por una histerectomía. El tratamiento duró 8 semanas, en las cuales las pacientes realizaron los ejercicios de Kegel.<sup>107</sup>

Como resultados del estudio, luego de la aplicación de un programa de entrenamiento con ejercicios de Kegel, hubo reducción de las pérdidas de orina, lo cual generó mejoras significativas en la calidad de vida de las participantes. Los autores sostienen que “los ejercicios de Kegel son uno de los métodos más importantes para rehabilitar y reforzar los músculos del suelo pélvico y facilitar el almacenamiento de orina”.<sup>107</sup>

Otro problema de salud sexual muy frecuente, que afecta a más de la mitad de las sobrevivientes de cáncer ginecológico, es la dispareunia o dolor durante las relaciones sexuales. Este dolor puede ser provocado por la estenosis vaginal, las alteraciones en la flexibilidad de los tejidos, el aumento del tono muscular de los músculos del piso pélvico y las alteraciones de su contractilidad, y la sequedad vaginal. A su vez, estas mujeres presentan pérdida de la libido o el deseo sexual.<sup>108</sup>

Se revisó un estudio realizado en Canadá por Cyr y cols. y titulado “Improvements following multimodal pelvic floor physical therapy in gynecological cancer survivors suffering from pain during sexual intercourse: results from a one-year follow up mixed-method study” (Mejoras tras la fisioterapia multimodal del suelo pélvico en supervivientes del cáncer ginecológico que sufren dolor durante las relaciones

sexuales: resultados de un estudio de método mixto de seguimiento de un año), cuyo objetivo fue analizar los efectos de la fisioterapia multimodal del suelo pélvico sobre la dispareunia en mujeres con cáncer ginecológico. El estudio incluyó a 31 mujeres que hubiesen completado su tratamiento médico para cáncer de cuello uterino o cáncer de endometrio en estadios I, II, III o IV, que se encontraran en periodo de remisión durante al menos 3 meses y que sufrieran dispareunia.<sup>108</sup>

El tratamiento duró 12 semanas y consistió en educación de la paciente y su pareja; técnicas manuales, entre ellas, estiramientos, liberación miofascial y desensibilización de los tejidos; y también ejercicios de los músculos del suelo pélvico con biofeedback, que incluían ejercicios de control motor, fuerza, relajación y resistencia. Por otro lado, se indicó a estas mujeres realizar ejercicios de inserción de un dilatador vaginal o del dedo de la propia paciente. Una vez finalizado el tratamiento, se realizó un seguimiento de las participantes durante un año.<sup>108</sup>

Como resultados, luego de la aplicación de fisioterapia multimodal del suelo pélvico, hubo reducción del dolor durante las relaciones sexuales, mejoras en el funcionamiento sexual, disminución de los síntomas urinarios y vaginales, y reducción de los síntomas de depresión, angustia sexual y preocupaciones sobre la imagen corporal. De esta forma, el tratamiento no solo tuvo efectos positivos sobre los tejidos del suelo pélvico, sino que también benefició a las pacientes en las dimensiones psicológicas y sociales, lo cual generó mejoras en la calidad de vida de las mismas. Todas estas mejoras se mantuvieron luego de un año de finalizado el tratamiento.<sup>108</sup>

## **VIII. Resultados**

Se utilizaron 10 artículos que cumplían con los criterios de inclusión para la recolección de datos del presente trabajo.

Con respecto al dolor oncológico, es uno de los síntomas más frecuentes en pacientes con cáncer. En los artículos analizados se comprobó que las distintas modalidades de tratamiento kinésico no solo mejoraron el dolor en este tipo de pacientes, sino que también provocaron otros múltiples beneficios. Por medio de la realización de técnicas

kinésicas, entre ellas, masaje y acupuntura sobre puntos dolorosos; de ejercicios aeróbicos, de resistencia, de flexibilidad, de equilibrio y de fortalecimiento; de yoga, pilates, bailes y artes marciales; de movilizaciones articulares y de los tejidos; y de hidroterapia, se lograron los siguientes efectos: control y reducción del dolor, la pesadez y la fatiga; mejoras en la fuerza muscular, la agilidad y la capacidad de ejercicio; facilitación para realizar las AVD; aumento de la movilidad y de la independencia; mejoras en la función cardiorrespiratoria con prevención de la citotoxicidad, la sarcopenia y la caquexia; y mejoras en la calidad de vida.

Respecto del tratamiento del linfedema de miembros inferiores, la mayoría de la evidencia se enfoca en el tratamiento del linfedema de miembros superiores. Sin embargo, los artículos analizados afirman que la realización de terapia descongestiva compleja, que incluye drenaje linfático manual y colocación de vendaje elástico, de hidroterapia y de ejercicios de rehabilitación tuvo efectos positivos sobre el linfedema de miembros inferiores: hubo disminución del linfedema de extremidades inferiores con reducción del diámetro de muslos y pantorrillas, y mejoras en la calidad de vida.

En cuanto al tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico, el tratamiento kinésico influyó directamente sobre la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y la dispareunia. A través de la realización de ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico, ejercicios de Kegel, técnicas manuales y ejercicios del suelo pélvico con biofeedback, se logró: la reducción de las pérdidas de orina; la disminución de la ansiedad, de la depresión, del miedo a las fugas, de la angustia sexual, de las preocupaciones sobre la imagen corporal, y de las sensaciones de exclusión y falta de libertad; las mejoras en el funcionamiento sexual; la reducción del dolor durante las relaciones sexuales; la disminución de los síntomas vaginales y urinarios; y las mejoras en la calidad de vida.

Con respecto a la calidad de vida: de los 10 artículos analizados, en 7 se demostraron mejoras en la CV de las participantes, en 1 no se percibieron cambios en la CV y en 2 la CV no fue evaluada. En la mayoría de los estudios, el instrumento utilizado para evaluar la CV fue el EORTC QLQ-C30.

Por último, no se encontró evidencia acerca de los efectos de los ejercicios hipopresivos, ni tampoco sobre el uso de la crioterapia y la onda corta no térmica en pacientes con CCU. Por otro lado, la bibliografía hallada acerca del uso de la EENM y la TENS en pacientes con CCU fue escasa y no cumplía con los criterios de inclusión del presente trabajo, ya que eran protocolos de tratamiento. A su vez, tampoco se encontraron artículos que abordaran los efectos de las modalidades de tratamiento kinésico en los prolapsos de órganos pélvicos en este tipo de pacientes.

## **IX. Conclusión**

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud que afecta a las mujeres de todo el mundo. Esta enfermedad es prevenible y tratable debido a la existencia de pruebas de detección temprana y de tratamientos precoces. Sin embargo, muchas mujeres no pueden acceder a estas pruebas y tratamientos, principalmente aquellas que viven en países de bajos recursos. A pesar de ser una enfermedad curable, tanto el CCU como los tratamientos efectuados generan grandes secuelas en estas pacientes, que repercuten en su calidad de vida. De allí surge la importancia de evaluar la calidad de vida de dichas mujeres e implementar tratamientos para mejorarla.

Es importante tener en cuenta que no existe un tratamiento kinésico único para las pacientes con CCU. La selección del mismo debe realizarse en función de las características de cada mujer, del estadio en el que se encuentre, de los tratamientos médicos recibidos y de los resultados de la evaluación kinésica inicial. Es por esto que el abordaje debe ser individual y personalizado, en base a las necesidades de cada paciente.

Con la realización de este trabajo se concluye que la aplicación de las distintas modalidades de tratamiento kinésico tiene efectos positivos sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de cuello uterino. El/la kinesiólogo/a actúa directamente sobre los signos y los síntomas, la función física, el estado emocional y la independencia de estas mujeres, por medio de la realización de ejercicios físicos, la utilización de

fisioterapia y la ejecución de diferentes técnicas kinésicas, lo cual indirectamente mejora su calidad de vida.

Por todo lo expuesto, el/la kinesiólogo/a tiene un rol fundamental dentro del equipo interdisciplinario de salud y dentro del equipo de rehabilitación. A su vez, es imprescindible la comunicación, el intercambio de conocimientos y la coordinación de los distintos profesionales que conforman dichos equipos para poder alcanzar los objetivos propuestos.

La bibliografía existente que relaciona las modalidades de tratamiento kinésico con la calidad de vida de las pacientes con cáncer de cuello uterino es escasa, por lo que resulta fundamental la realización de más estudios e investigaciones que amplíen la evidencia. Se propone el presente trabajo como punto de partida para futuras líneas de investigación que permitan alcanzar resultados más concluyentes con muestras de pacientes más representativas.

## X. Referencias bibliográficas

1. El Haddaoui Ben Ahmed A. La fisioterapia en las secuelas del cáncer ginecológico en la mujer [Trabajo fin de grado]. Universidad de Alcalá; 2014.
2. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/que-es-el-cancer.html>
3. Ramírez P. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Manual MSD. 2020 [citado el 5 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar>
4. Arévalo A.R, Arévalo Salazar D.E, Villarroel Subieta C.J. El cáncer de cuello uterino. Rev Med La Paz. 2017; 23(2): 45-56.
5. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cancer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino%20puede%20ocurrir%20con%20mayor%20frecuencia,la%20familia%20lo%20ha%20tenido.>
6. American Cancer Society. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)? [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
7. American Cancer Society. Signos y síntomas del cancer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
8. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cancer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>

9. Montes L.M, Mullins M.J, Urrutia M.T. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(2): 129-134.
10. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillant Lora L, Landazuri Llago S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CCM. 2017; 21(1): 187-203.
11. Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional del Cáncer. Mortalidad por cáncer cervicouterino [Internet]. Argentina.gob.ar. 2022 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad-ccu>
12. Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas – Mortalidad [Internet]. Argentina.gob.ar. 2022 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
13. Suárez Pesciallo L. Importancia de la Kinesiología como parte del tratamiento del dolor en pacientes oncológicos. Rev UN Med. 2015; 4(1): 11-76.
14. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. NIH. 2021 [citado el 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
15. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/que-es-el-cancer.html>
16. DeCherney A.H, Nathan L, Laufer N, Roma A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11ª edición. México: McGraw Hill; 2014.
17. Pro E.A. Anatomía Clínica. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2014.
18. Parada Puig R. Útero [Internet]. Lifeder. 2021 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/partes-del-utero/>

19. Naveiro Fuentes M. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2018.
20. De Santos X.L. Niveles de prevención de la salud. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 2019.
21. Zapata Mata M.A, Borja Torres R.A, Macías Alcívar J.I, Albán Estrada E.C. Medidas asociadas a la reducción del riesgo de cáncer de cuello uterino. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. 2018; 3(1): 127-146.
22. Torné Bladé A, Gaba L, Sánchez M.J, Rovirosa A. Causas del cáncer de cuello uterino [Internet]. Clínic Barcelona, Universitat de Barcelona. 2020 [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer-de-cuello-de-utero/causas-y-factores-de-riesgo>
23. Aranguren Pulido L.V, Burbano Castro J.H, González J.D, Mojica Cachope A.M, Plazas Veloza D.J, Prieto Bocanegra B.M. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. Investig Enferm Imagen Desarr. 2017; 19(2): 129- 143.
24. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update). Weekly epidemiological record. 2022; 50: 645-672.
25. American Cancer Society. ¿Qué causa el cancer de cuello uterino? [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causea.html>
26. Suquinagua Ortiz J, Chimbo Llanos L, Cabrera Ortega M.P, Díaz Gómez R. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. MEDICIENCIAS UTA. 2021; 5(2): 8-14.
27. Sawaya G.F, Huchko M.J. Examen de detección de cáncer de cuello uterino. Med Clin North Am. 2017; 101(4): 743–753.
28. Peláez Sánchez O, Más Bermejo P. Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. Revista Cubana de Salud Pública. 2020; 46(2): 1-16.

29. Fajardo Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev Alerg Mex. 2017; 64(1): 109-120.
30. Small Jr W, Bacon M.A, Bajaj A, Chuang L.T, Fisher B.J, Harkenrider M.M, Jhingran A, Kitchener H.C, Mileskin L.R, Viswanathan A.N, Gaffney D.K. Cervical cancer: A global health crisis. Cancer. 2017; 123(13): 2404-2412.
31. Torné Bladé A, Gaba L, Sánchez M.J, Rovirosa A. ¿Qué es el cáncer de cuello de útero? [Internet]. Clínic Barcelona, Universitat de Barcelona. 2020 [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer-de-cuello-de-utero>
32. Estado Argentino. Ampliación de la vacuna contra el VPH [Internet]. Argentina.gob.ar. 2022 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/novedadvph>
33. American Cancer Society. La prueba del Papanicolaou [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/prueba-de-papanicolaou.html>
34. American Cancer Society. Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion.html>
35. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.<sup>a</sup> ed. Real Academia Española. Madrid: RAE; 2019 [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estadificar>
36. American Cancer Society. Etapas del cáncer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>

37. Bhatla N, Aoki D, Nand Sharma D, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet.* 2021; 155(1): 28-44.
38. American Cancer Society. Tasas de supervivencia del cáncer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2021 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/supervivencia.html>
39. Suárez-Cadena F.C. Terapéutica del cáncer de cuello uterino, una revisión de la literatura. *MedUNAB.* 2018; 21(1): 100-114.
40. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino [Internet]. NIH. 2022 [citado el 2 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/tratamiento>
41. Dartiguelongue J.B, Cafiero P.J. La comunicación en los equipos de salud. *Arch Argent Pediatr.* 2021; 119(6): 589-593.
42. Instituto Nacional del Cáncer. Crioterapia para tratar el cáncer [Internet]. NIH. 2021 [citado el 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/cirugia/crioterapia>
43. Hurtado-Roca Y, Becerra-Chauca N, Malca M. Efficacy and safety of cryotherapy, cold cone or thermocoagulation compared to LEEP as a therapy for cervical intraepithelial neoplasia: Systematic review. *RSP.* 2020; 54(27): 1-13.
44. Nazari Z, Torabizadeh G, Khalilian A, Ghadami S, Karimi-Zarchi M, Allahqoli L, Gharacheh M, Salehiniya H, Alkatout I. Is cryotherapy effective in all women with low-grade cervical intraepithelial neoplasia? *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021; 25: 4211-4218.
45. American Cancer Society. Cuando los resultados de las pruebas cervicales de detección son anormales [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/evaluacion-de-resultados-anormales-de-papanicolaou.html>

46. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de cuello uterino según el estadio [Internet]. NIH. 2023 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/tratamiento/segun-estadio>
47. University of Pennsylvania. Procedimientos quirúrgicos: LEEP y conización quirúrgica con bisturí tradicional (biopsia en cono) [Internet]. OncoLink. 2023 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/canceres-ginecologicos/cancer-del-cuello-uterino/examenes-de-deteccion/procedimientos-quirurgicos-leep-y-conizacion-quirurgica-con-bisturi-tradicional-biopsia-en-cono>
48. Instituto Nacional del Cáncer. Radioterapia para tratar del cáncer [Internet]. NIH. 2019 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>
49. American Cancer Society. Cómo se usa la radioterapia para tratar el cáncer [Internet]. American Cancer Society. 2019 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/radioterapia/conceptos-basicos.html>
50. Instituto Nacional del Cáncer. Radioterapia de haz externo para el cáncer [Internet]. NIH. 2018 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/haz-externo>
51. Instituto Nacional del Cáncer. Efectos secundarios de la radioterapia [Internet]. NIH. 2018 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/efectos-secundarios>
52. American Cancer Society. Radioterapia para cancer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/radioterapia.html>
53. University of Pennsylvania. Braquiterapia: Nociones básicas [Internet]. OncoLink. 2023 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en:

<https://es.oncolink.org/tratamiento-del-cancer/radiacion/tratamiento/braquiterapia>

54. Instituto Nacional del Cáncer. Braquiterapia para tratar el cáncer [Internet]. NIH. 2019 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/braquiterapia>
55. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Braquiterapia intracavitaria de tasa de dosis alta (HDR) para el tratamiento del cáncer ginecológico [Internet]. MSK. 2022 [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/hdr-intracavitary-brachytherapy-treatment-gynecologic-cancer>
56. American Cancer Society. Cómo se usa la quimioterapia para tratar el cáncer [Internet]. American Cancer Society. 2019 [citado el 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/como-la-quimioterapia-es-usada-para-tratar-el-cancer.html>
57. American Cancer Society. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/quimioterapia.html>
58. Instituto Nacional del Cáncer. Quimioterapia para tratar el cáncer [Internet]. NIH. 2015 [citado el 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/quimioterapia>
59. University of Pennsylvania. Procedimientos quirúrgicos: traquelectomía cervical radical [Internet]. OncoLink. 2023 [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/canceres-ginecologicos/opciones-del-tratamiento/procedimientos-quirurgicos-traquelectomia-cervical-radical>
60. American Cancer Society. Cirugía para el cáncer de cuello uterino [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 9 de junio de 2023]. Disponible

en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/cirugia.html>

61. American Cancer Society. Cómo la cirugía puede afectar la vida sexual de las mujeres con cáncer [Internet]. American Cancer Society. 2020 [citado el 9 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/cirugia-pelvica.html>
62. Franco Carrero P. Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería [Trabajo fin de grado]. Universidad de Salamanca; 2017.
63. Salado Gerena M. Cirugía del cáncer de cérvix uterino: vía de elección quirúrgica [Trabajo fin de grado]. Universidad de Zaragoza; 2020.
64. Chiguano Vega E.S, Ramos Villacís R.A. Anatomía funcional del piso pélvico. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. 2022; 6(3): 156-165.
65. Guaman Lata Y.A, Ramos Villacís R.A. Anatomía del piso pélvico. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. 2022; 6(3): 148- 155.
66. España M, Fillol M. Diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico [Internet]. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2014 [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1678118402.pdf#page=11>
67. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol. 2020; 63(1): 54-59.
68. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. World Health Organization. 2017. 1-77.
69. Sainz de Murieta E, Cisneros M.T. Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. An Sist Sanit Navar. 2022; 45(3): 1-8.
70. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.<sup>a</sup> ed. Real Academia Española. Madrid: RAE; 2019 [citado el 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/kinesiolog%C3%ADa>

71. Uclés Villalobos V, Espinoza Reyes R.A. Prescripción del ejercicio en el paciente con cáncer. *Rev CI EMed UCR*. 2017; 7(2): 11-18.
72. Moral de la Rubia J, Miaja Ávila M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico*. 2015; 13(1): 7-25.
73. World Health Organization. Actividad física [Internet]. World Health Organization. 2022 [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
74. Cordero A, Masiá M.D, Galve E. Ejercicio físico y salud. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(9): 748-753.
75. Bonilla Arena E, Sáez Torralba M.E. Beneficios del ejercicio físico en el adulto. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2014; 2(4): 21-30.
76. Hidrobo Coello J.F. Actividad física para pacientes con diagnóstico de cáncer. Guía de prescripción deportiva para Ecuador. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2020; 9(3): 18-41.
77. Noa Pelier B.Y, Vila García J.M. Rehabilitación física del suelo pélvico: ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva. *Invest Medicoquir*. 2020; 12(3): 1-22.
78. Álvarez-Tovar L. M., Gutiérrez-González A., García-Sánchez D., Pérez-Ortega R., Guillen-Lozoya A. Eficiencia de los ejercicios de Kegel, evaluada con estudio urodinámico en pacientes con incontinencia urinaria. *Rev. Mex. Urol*. 2019;79(2): 1-8.
79. Alonso Enríquez I. El entrenamiento muscular del suelo pélvico junto con Biofeedback, en la variación de fuerza y calidad de vida, en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo en el periodo de postparto [Trabajo fin de grado]. Universidad Pontificia Comillas. 2017.
80. Cho S.T, Kim K.H. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *J Exerc Rehabil*. 2021; 17(6): 379-387.
81. Cameron M.H. Agentes físicos en rehabilitación: práctica basada en la evidencia. 5ta. Ed. Barcelona, España: Elsevier; 2018.

82. Real Academia Española. Masoterapia [Internet]. Real Academia Española. 2022 [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/masoterapia>
83. Regnault C. Masaje: conozca los principales beneficios del masaje y las técnicas más adecuadas para conseguirlos. España: ROBINBOOK; 2015.
84. Revert Gironés M.C. Eficacia y seguridad de la masoterapia en pacientes oncológicos. Revisión bibliográfica [Trabajo de fin de grado]. Universidad de La Laguna; 2021.
85. Ferrer Anglada J. Masaje avanzado: valoración y abordaje de las disfunciones del tejido blando. 2da. Ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
86. Pérez L. Drenaje linfático manual en miembro inferior aplicado a distintos trastornos. Universidad FASTA; 2015.
87. Instituto Nacional del Cáncer. Terapia descongestiva compleja [Internet]. Diccionario del NCI [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-descongestiva-compleja>
88. Peña M. Lo que debes saber sobre la movilización articular [Internet]. Rugusavay. 2019 [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://rugusavay.com/lo-que-debes-saber-sobre-la-movilizacion-articular/>
89. Flores A, Arias L, Azolas X, Bravo J.C, Gajardo C, Poblete E, Quitral I, Rodríguez X, Tokareva E, Undurraga M, Hsiao Y.L, Ortega M, Torrejón P, Maggiolo G, Fong-Jhen Hafon E. Dolor y medicina complementaria y acupuntura. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(4): 636-640.
90. Garrido R. Acupuntura y dolor. Rev Med Clin Condes. 2019; 30(6): 487-493.
91. Castillo-Ávila I.Y, Canencia-Padilla J, Zurbarán-Lamadrid M, Pertuz-Cantillo D, Montes-Padilla M, Jiménez-Chacón E. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2015; 66(1): 22-31.
92. Iacono C, Urdaneta M.J.R, García I.J.E, Villalobos I.N, Contreras A, Baabel-Zambrano N, Fernández C.M.E, Mejía Q.Y.K. Calidad de vida en


- supervivientes al cáncer de cuello uterino. *Revista Venezolana de Oncología*. 2017; 29(3): 219-228.
93. Urrutia M.T, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014; 79(5): 368-377.
94. Manterola C, Urrutia S, Otzen T. Calidad de vida relacionada con salud. Instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. *Rev Chil Cir*. 2014; 66(3): 274-282.
95. Valdelamar, J, Valdelamar, A, Fontibón, L, Acosta, L, Sánchez, R. Comparación de las escalas EQ-5D y FACT-G en la evaluación de la calidad de vida en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2015; 33(3): 413-421.
96. Plinsinga M.L, Singh B, Rose G.L, Clifford B, Bailey T.G, Spence R.R, Turner J, Coppieters M.W, McCarthy A.L, Hayes S.C. The Effect of Exercise on Pain in People with Cancer: A Systematic Review with Meta-analysis. *Sports Med*. 2023;53(9): 1737-1752. doi: 10.1007/s40279-023-01862-9.
97. Meng F.F, Feng Y.H. A pilot study of acupuncture at pain acupoints for cervical cancer pain. *Medicine*. 2018; 97(52): 1-7. doi: 10.1097/MD.00000000000013736.
98. Rose G.L, Stewart E.M, Clifford B.K, Bailey T.G, Rush A.J, Abbott C.R, Hayes S.C, Obermair A, McCarthy A.L. Efficacy of exercise interventions for women during and after gynaecological cancer treatment - a systematic scoping review. *Support Care Cancer*. 2023; 31(6): 1-13. doi: 10.1007/s00520-023-07790-8.
99. Fiuza-Luces C, Valenzuela P.L, Santos-Lozano A, Ruiz-Casado A, Lucia A. Exercise and quality of life in cancer. *J Sport Health Sci*. 2023; 12(4): 489-490. doi: 10.1016/j.jshs.2023.01.001.
100. Correia I.R, Cardoso V, Cargaleiro C, Magalhães J.P, Hetherington-Rauth M, Rosa GB, Malveiro C, de Matos L.V, Cardoso M.J, Sardinha L.B. Effects of home-based exercise programs on physical fitness in cancer patients undergoing active treatment: A systematic review and meta-analysis of

- randomized controlled trials. *J Sci Med Sport*. 2023; 26(4-5): 222-231. doi: 10.1016/j.jsams.2023.03.009.
101. Reger M, Kutschan S, Freuding M, Schmidt T, Jösfeld L, Huebner J. Water therapies (hydrotherapy, balneotherapy or aqua therapy) for patients with cancer: a systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2022; 148(6): 1277-1297. doi: 10.1007/s00432-022-03947-w.
102. Kendrová L, Mikuláková W, Urbanová K, Andraščíková Š, Žultáková S, Takáč P, Peresta Y. Comprehensive Decongestive Therapy as a Treatment for Secondary Lymphedema of the Lower Extremity and Quality of Life of Women After Gynecological Cancer Surgery. *Med Sci Monit*. 2020; 26: 1-7. doi: 10.12659/MSM.924071.
103. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del linfedema [Internet]. NIH. 2021 [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pdq#:~:text=El%20linfedema%20puede%20ser%20primario,da%C3%B1o%20en%20el%20sistema%20linf%C3%A1tico>.
104. Wu X, Liu Y, Zhu D, Wang F, Ji J, Yan H. Early prevention of complex decongestive therapy and rehabilitation exercise for prevention of lower extremity lymphedema after operation of gynecologic cancer. *Asian J Surg*. 2021; 44(1): 111-115. doi: 10.1016/j.asjsur.2020.03.022.
105. Dessources K, Aviki E, Leitao M.M Jr. Lower extremity lymphedema in patients with gynecologic malignancies. *Int J Gynecol Cancer*. 2020; 30(2): 252-260. doi: 10.1136/ijgc-2019-001032.
106. Lindgren A, Dunberger G, Enblom A. Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2017; 25(1): 157-166. doi: 10.1007/s00520-016-3394-9.
107. Abu Raddaha A.H, Nasr E.H. Kegel Exercise Training Program among Women with Urinary Incontinence. *Healthcare (Basel)*. 2022; 10(12): 1-12. doi: 10.3390/healthcare10122359.

108. Cyr M.P, Dostie R, Camden C, Dumoulin C, Besette P, Pina A, Gotlieb W.H, Lapointe-Milot K, Mayrand M.H, Morin M. Improvements following multimodal pelvic floor physical therapy in gynecological cancer survivors suffering from pain during sexual intercourse: Results from a one-year follow-up mixed-method study. *PLoS One*. 2022; 17(1): 1-20. doi: 10.1371/journal.pone.0262844.

## XI. Anexo

### Cuestionario de salud SF-36 (versión 2)

  
11549035

---

## Su Salud y Bienestar

---

**Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.**

**Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.**

***¡Gracias por contestar a estas preguntas!***

**1. En general, usted diría que su salud es:**

<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

**2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:**

<b>Mucho mejor ahora que hace un año</b>	<b>Algo mejor ahora que hace un año</b>	<b>Más o menos igual que hace un año</b>	<b>Algo peor ahora que hace un año</b>	<b>Mucho peor ahora que hace un año</b>
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2003 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated.  
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Estándar, España (Español) Versión 2.0)

**SF-36 v2.0**  
2 / 7



11549035

**3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



11549035

**5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



11549035

**9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:**

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Gracias por contestar a estas preguntas**



## EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

### **Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

**Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

**Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted**

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Pésima

Excelente

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA FACT-G**

**Nombre:**

**Fecha:**

<b>Estado físico general de salud</b>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me falta energía					
Tengo náuseas					
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia					
Tengo dolor					
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento					
Me siento enfermo(a)					
Tengo que pasar tiempo acostado(a)					

<b>Ambiente familiar y social</b>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento cercano(a) a mis amistades					
Recibo apoyo emocional por parte de mi familia					
Recibo apoyo por parte de mis amistades					
Mi familia ha aceptado mi enfermedad					
Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad					
Me siento cercano(a) a mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo)					

<b>Estado emocional</b>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento triste					
Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad					
Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad					
Me siento nervioso(a)					
Me preocupa morir					
Me preocupa que mi enfermedad empeore					

<b>Capacidad de funcionamiento personal</b>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar)					
Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)					
Puedo disfrutar de la vida					
He aceptado mi enfermedad					
Duermo bien					
Disfruto con mis pasatiempos de siempre					
Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual					

Cuestionario de calidad de vida en cáncer de cuello uterino QOL-CX24								
Funcionamiento sexual	En absoluto	%	Un poco	%	Bastante	%	Mucho	%
Sequedad vaginal durante la actividad sexual								
Problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más corta								
Problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más estrecha								
Problemas porque sintiera dolor durante el coito								
¿Les resultaron placenteras las relaciones sexuales?								
Imagen corporal	En absoluto	%	Un poco	%	Bastante	%	Mucho	%
¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?								
¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?								
¿Se sintió desilusionada por su cuerpo?								
Síntomas gastrointestinales	En absoluto	%	Un poco	%	Bastante	%	Mucho	%
Espasmos en el estómago								
Dificultad para controlar el intestino								
Presencia de sangre en sus heces								
Síntomas urológicos	En absoluto	%	Un poco	%	Bastante	%	Mucho	%
¿Orinaba con frecuencia?								
Dolor o escozor al orinar								
Pérdidas de orina								
Dificultad para vaciar su vejiga								
Síntomas vaginales	En absoluto	%	Un poco	%	Bastante	%	Mucho	%
Irritación o molestias vaginales o vulvares								
¿Ha experimentado pérdidas vaginales?								

¿Ha experimentado alguna hemorragia vaginal anormal?								
Ítems simples	En absoluto	%	Un poco	%	Bastante	%	Mucho	%
¿Ha experimentado hinchazón en una o ambas piernas?								
¿Ha experimentado dolor en la región lumbar?								
¿Ha experimentado hormigueo/entumecimiento o una disminución de la sensibilidad en manos o pies?								
¿Ha sentido sofocos o sudores?								
¿Le ha preocupado que el sexo pudiera resultar doloroso?								
¿Ha tenido una vida sexual activa?								