

# Prevención Del Cáncer Cervicouterino Análisis Exhaustivo de Temas 2

## Estrategias de la ACCP para **apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino**

# **Estrategias de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino**

**Prevención del cáncer cervicouterino:  
análisis de temas a fondo #2**

**Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP)**

**Agosto de 2004**

## **Acerca de esta publicación**

Autores: Sarah C. White, M.A., PAHO  
Jennifer L. Winkler, M.P.H., PATH  
ACCP Community Involvement Affinity Group:  
Irene Agurto, Ph.D., PAHO  
Silvina Arrossi, M.P.H., IARC  
Allison Bingham, Ph.D., PATH  
Amie Bishop, M.S.W., M.P.H., PATH  
Janet Bradley, M.A., EngenderHealth  
Patricia Coffey, Ph.D., M.P.H., PATH  
Ilana Dzuba, M.H.S., EngenderHealth  
Amy N. Kleine, M.P.H., M.S.W., JHPIEGO  
Robbyn Lewis, M.P.H., JHPIEGO

Diseño gráfico: Patrick McKern, PATH; Barbara Stout, PATH (diseño de la tapa)

Si desea obtener más ejemplares de esta publicación, sírvase contactar a:  
The Alliance for Cervical Cancer Prevention c/o PATH  
1455 NW Leary Way  
Seattle, WA 98107 USA  
email: [ccppubs@path.org](mailto:ccppubs@path.org)  
url: [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org)

## **Agradecimientos**

Los autores desean agradecer sinceramente a las siguientes personas por la revisión editorial: Cristina Herdman, PATH; Jack Kirshbaum, M.A., PATH; Sylvia Robles, M.D., M.Sc., PAHO; y Jacqueline Sherris, Ph.D., PATH.

Los autores reconocen las contribuciones de Anne R. Boyd, M.P.A., PATH, quien coordinó la elaboración de la presente publicación, y Deirdre M. Campbell, PATH, por su apoyo administrativo.

La Fundación Bill y Melinda Gates proporcionó apoyo para la elaboración de este documento, a través de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP).

Traducido al castellano por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, 2004.

## **Información para citas bibliográficas**

Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino. *Estrategias de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino*. Seattle: ACCP; 2004. Prevención del cáncer cervicouterino: análisis de temas a fondo #2.

Copyright © 2004, EngenderHealth, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), JHPIEGO, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Derechos reservados. El material en este documento puede usarse libremente para fines educativos o no comerciales, siempre que la cita vaya acompañada por la referencia correspondiente.

## **Acerca de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino**

La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) se compone por cinco organizaciones internacionales de salud—EngenderHealth, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), JHPIEGO, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y PATH—con la meta común de prevenir el cáncer cervicouterino en los países en desarrollo. La Alianza trabaja para identificar, promover e implementar estrategias de prevención del cáncer cervicouterino en países de bajos recursos con la mayor prevalencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. Para más información sobre el trabajo y las publicaciones de la Alianza, vea [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org).

# Índice

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Tratamiento del cáncer y cuidados paliativos en los países en desarrollo</b> .....	3
Opciones de tratamiento para el cáncer .....	4
Cuidados paliativos y manejo del dolor .....	4
Apoyo psicológico para los pacientes con cáncer .....	5
<b>Experiencias de los proyectos de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer</b> .....	7
Obstáculos para el tratamiento del cáncer .....	7
<i>Apoyo para las mujeres con cáncer cervicouterino en Sudáfrica</i> ....	9
Apoyo para los cuidados paliativos .....	10
Apoyo psicológico .....	11
<i>Apoyo para las mujeres con cáncer cervicouterino en el Perú</i> ....	12
Apoyo al nivel de la prestación de servicios .....	13
<b>Conclusión y recomendaciones</b> .....	15
<b>Referencias</b> .....	19
<b>Apéndice: Estadios del cáncer cervicouterino</b> .....	21
Estadio I A .....	21
Estadio I B .....	21
Estadio II A .....	21
Estadio II B .....	22
Estadio III A .....	22
Estadio III B .....	22
Estadio IV A .....	23
Estadio IV B .....	23

# Estrategias de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino

## Resumen

Las intervenciones de salud pública dirigidas a aumentar las tasas de tamizaje para el cáncer cervicouterino entre las poblaciones en riesgo inevitablemente descubrirán estadios avanzados de esta enfermedad en una pequeña minoría de las mujeres. En estos casos surgen preguntas de orden práctico y ético respecto a cuánto apoyo financiero y psicológico puede y debe proporcionárseles a dichas mujeres y a sus familias. En algunos países, ya existe una infraestructura de apoyo, proporcionada por programas gubernamentales, organizaciones locales o redes de voluntarios. Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo hay poco o ningún apoyo para las mujeres con cáncer cervicouterino, y aquellas en quienes se diagnostica la enfermedad padecen para obtener acceso al tratamiento y enfrentar sus repercusiones físicas y psicológicas.

En 1999, cinco organizaciones internacionales pusieron en marcha un importante esfuerzo nuevo para prevenir el cáncer cervicouterino en los entornos de bajos recursos. Este grupo—la Alianza para Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP)—trabaja para definir, promover y ejecutar estrategias de prevención del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo. La Alianza está formada por EngenderHealth, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, JHPIEGO, la Organización Panamericana de la Salud y PATH. Los proyectos de la alianza se centraron en las regiones donde la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino son más altas: África, América Latina y Asia. Las cinco organizaciones de la ACCP trabajaron independientemente y con instituciones locales para brindar apoyo a las mujeres a quienes se les diagnosticó cáncer en el curso de proyectos orientados a la prevención. Los proyectos de la ACCP estaban dirigidos a la detección y el tratamiento tempranos de las lesiones, más que al tratamiento del cáncer. Por tal motivo, en los protocolos de los proyectos no se incluían estrategias integrales para apoyar a las mujeres con cáncer. Sin embargo, por motivos éticos, todos los miembros de la Alianza ofrecían cierta ayuda en las áreas de orientación, acceso al tratamiento y apoyo para las mujeres con cáncer cervicouterino.

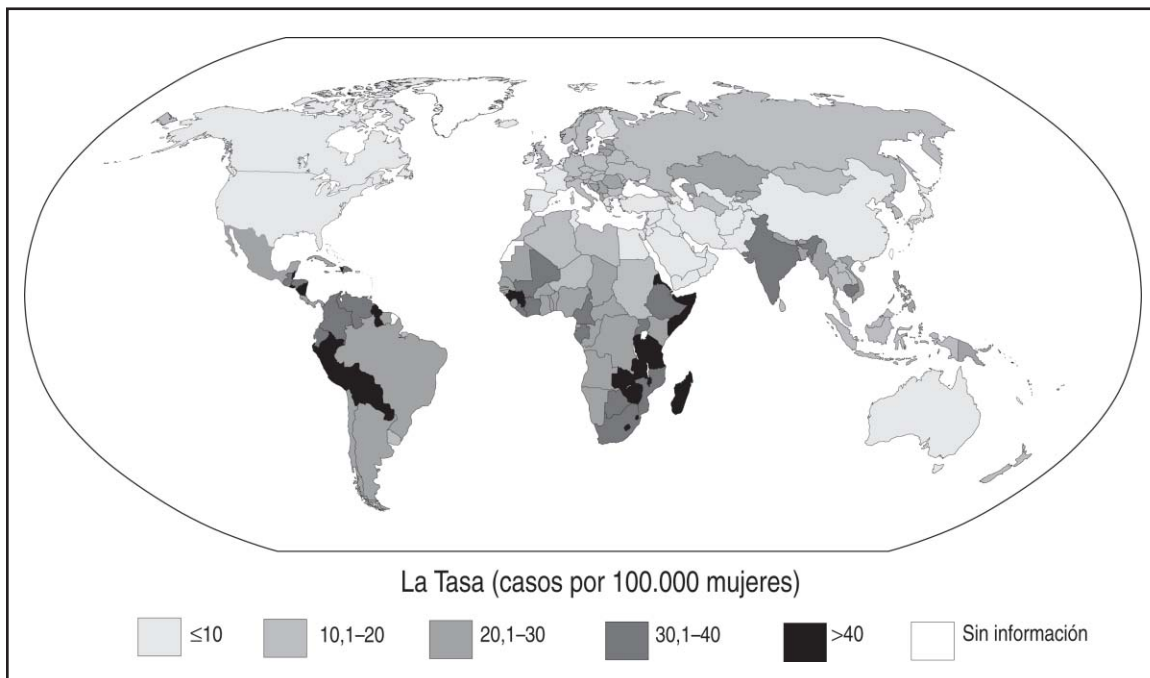
El presente informe ofrece una panorámica de los temas actuales en relación con el tratamiento del cáncer en los países en desarrollo, seguido por descripciones del apoyo existente para los pacientes con cáncer en los países donde ha trabajado la ACCP y el apoyo que brindaron los proyectos de la propia ACCP. Por último, con base en las experiencias de la alianza, el informe hace recomendaciones sobre cómo brindar asistencia básica al nivel nacional o local a las mujeres con cáncer cervicouterino, dentro del contexto de una intervención basada en la prevención en los entornos de bajos recursos.

## Tratamiento del cáncer y cuidados paliativos en los países en desarrollo

Si bien la carga total del cáncer es más alta en las sociedades ricas, el número de casos del cáncer en los países en desarrollo va en aumento. Los cánceres vinculados con infecciones crónicas (cáncer gástrico, hepático y cervicouterino) son más comunes en los países más pobres (figura 1).<sup>1</sup> La incidencia de otros cánceres también va en aumento, debido a la adopción de regímenes alimentarios poco saludables y a otros factores de riesgo, como el consumo de tabaco. Aunque los niveles de infraestructura y servicios varían de un país a otro, las personas con cáncer de todos los países menos desarrollados tienen mayor probabilidad de morir por esta enfermedad que las del mundo industrializado.

Según el Informe mundial sobre el cáncer de 2003, 80 por ciento de los casos de cáncer cervicouterino se presentan en los países en desarrollo, donde, en muchas regiones, es el cáncer más común en las mujeres. De hecho, es el segundo cáncer más común en las mujeres de todo el mundo. En países como Sudáfrica, el problema se agudiza por la elevada incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los estudios han descubierto que las mujeres infectadas por el VIH tienen una tasa elevada de infecciones persistentes por el papilomavirus humano (VPH), y que el cáncer cervicouterino progresa más rápidamente en las mujeres seropositivas al VIH.<sup>2</sup>

Como ocurre con todos los cánceres en los países en desarrollo, el cáncer cervicouterino suele diagnosticarse en un estadio avanzado. Esto se debe en parte a la escasez de programas de tamizaje eficaces. Los requisitos de infraestructura, técnicos y organizativos de la citología (la prueba convencional empleada en la mayoría de los países en desarrollo) hacen sumamente difícil realizar un tamizaje eficaz de las mujeres. En los lugares donde sí existen programas de tamizaje eficaces, a



**Figura 1:** Incidencia estimada normalizada por edad de los nuevos casos de cáncer cervicouterino.<sup>3</sup>

menudo son inaccesibles para las mujeres por razones geográficas, financieras o culturales. Por último, las mujeres con cáncer cervicouterino tienden a no presentar síntomas en las primeras etapas de la enfermedad, y la mayoría solicita atención sólo cuando el cáncer ya se ha vuelto sintomático.

## Opciones de tratamiento para el cáncer

En los países en desarrollo, la cirugía es por lo general la modalidad de tratamiento para el cáncer más fácilmente disponible.<sup>4</sup> Puede ser una opción terapéutica eficaz para los estadios más tempranos del cáncer cervicouterino; sin embargo, en los casos de enfermedad avanzada tratable, normalmente se usa radioterapia (véase el apéndice). Según el International Atomic Energy Agency (IAEA) [el Organismo Internacional de Energía Atómica], hasta 80 por ciento de las pacientes con cáncer de los países en desarrollo se beneficiarían con la radioterapia. No obstante, en esos países, la oferta de radioterapia no está acorde con la demanda, ya que muchos de ellos carecen de la tecnología y los conocimientos para ofrecer este tratamiento. En algunos países de África y Asia no se cuenta en absoluto con radioterapia para los pacientes con cáncer; otros sólo la ofrecen en forma limitada.<sup>5</sup> Diversas organizaciones internacionales, como el IAEA, trabajan actualmente en movilizar recursos económicos e impartir adiestramiento para el tratamiento del cáncer en los países donde el acceso ha sido limitado.

Aun cuando existen tratamientos para el cáncer en los países pobres, el acceso a los servicios puede ser sumamente difícil para la mayoría de la población. Como resultado de la falta de servicios, de la falta de educación o del deseo de un tratamiento menos invasor y que cause menos efectos colaterales, muchos pacientes con cáncer y sus familiares se vuelven hacia la medicina alternativa. Un estudio en la India descubrió que 38 por ciento de los pacientes que acudieron a un hospital oncológico durante el periodo del estudio habían probado tratamientos anticancerosos alternativos antes de acudir al hospital. La mayoría de dichos pacientes eran mujeres, y la mayoría procedían de zonas rurales.<sup>6</sup> Se ha demostrado que algunos tratamientos alternativos, como la acupuntura y la meditación, cuando se emplean como un complemento de las intervenciones médicas, son útiles para aliviar el dolor y para mejorar la fuerza y la estabilidad. Se han estudiado otros tratamientos alternativos, como las dosis altas de vitamina C y el cartílago de tiburón, y se demostró que son ineficaces. Los pacientes que usan tratamientos ineficaces corren el riesgo de retrasar el diagnóstico, causarse daño físico y derrochar los recursos familiares.<sup>1</sup>

## Cuidados paliativos y manejo del dolor

En los entornos donde no se cuenta con tratamientos curativos para el cáncer cervicouterino, o en los casos no tratables, los cuidados paliativos pueden ser inestimables para las mujeres que enfrentan una enfermedad prolongada, con trastornos médicos y psicológicos peculiares. Los cuidados paliativos pueden definirse como “la atención activa y total de una persona con una enfermedad terminal que está cerca del final de su vida. Implican dar apoyo a pacientes cuya enfermedad está en estadios avanzados y no responde a los tratamientos curativos; esto incluye brindar atención terminal.”<sup>7</sup> Los cuidados paliativos abordan las necesidades médicas, emocionales, sociales y espirituales de las personas en fase terminal y adquieren particular importancia en los países en desarrollo, donde el cáncer cervicouterino es común y no hay servicios curativos. Ya



que en la mayoría de los entornos de bajos recursos no se cuenta con atención a largo plazo en centros de cuidados paliativos, las mujeres con cáncer suelen ser atendidas en casa por miembros de la familia. Ellas y sus familias pueden beneficiarse mucho de los cuidados paliativos a domicilio proporcionados por un médico, enfermera o trabajador de salud capacitado al efecto.

Debido a la falta de medicamentos y metodología para el manejo del dolor en los países pobres, la mayoría de las personas con cáncer no tienen acceso al alivio del dolor. Si bien en Estados Unidos y Europa ha aumentado durante el último decenio el acceso médico a los opiáceos, tales como la morfina oral, en los países en desarrollo la disponibilidad de opiáceos sigue siendo muy baja.<sup>1</sup> Diversas organizaciones internacionales están trabajando en la formulación de políticas para mejorar la accesibilidad de los opiáceos en los países donde no han estado disponibles y facilitar su distribución apropiada.

### **Apoyo psicológico para los pacientes con cáncer**

Además del alivio del dolor, las necesidades de los pacientes con cáncer pueden variar según las distintas culturas. Una comparación entre pacientes con cáncer en Kenya y en Escocia reveló que, si bien el dolor físico y las preocupaciones financieras dominaban la vida de los pacientes y quienes los atendían en Kenya, los pacientes kenianos consideraban que su familia y su comunidad satisfacían sus necesidades psicológicas y espirituales. En cambio, los pacientes escoceses en fase terminal recibían un alivio adecuado del dolor, pero sus necesidades no físicas quedaban insatisfechas.<sup>8</sup>

En los países en desarrollo, los pacientes con cáncer reciben muy poco apoyo psicológico formal, como psicoterapia individual o de grupo, a pesar de que las pruebas surgidas de países desarrollados han demostrado que puede ser un aspecto importante de la atención del cáncer. Se ha observado que el apoyo psicológico reduce el sufrimiento y logra efectos benéficos sobre la ansiedad y la depresión en los pacientes con cáncer.<sup>9,10,11,12</sup>

Aunque los resultados no son uniformes, algunos estudios de distribución al azar que analizaron los efectos de las intervenciones psicosociales sobre el lapso de supervivencia de los pacientes con cáncer han demostrado mejores tasas de supervivencia.<sup>13</sup>

Las intervenciones psicológicas pueden desempeñar un papel importante en la vida de las mujeres en un periodo que a menudo resulta particularmente estresante. Tales intervenciones, en particular las técnicas de grupo, tienen un costo módico en comparación con los procedimientos médicos invasores.<sup>14</sup> Las revisiones sistemáticas de la bibliografía indican que la psicoterapia de grupo, la educación y la orientación se encuentran entre las terapias psicológicas que han demostrado ser más eficaces en términos de beneficios a mediano y largo plazo en las pacientes con cáncer.<sup>15,16</sup>

## **Experiencias de los proyectos de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer**

### **Obstáculos para el tratamiento del cáncer**

Los miembros de la ACCP han elaborado proyectos de investigación y de demostración que ofrecen diversas estrategias para la prevención del cáncer cervicouterino en Burkina Faso, el Congo, El Salvador, Ghana, Guinea, la India, Kenya, Malí, Níger, Perú, Sudáfrica y Tailandia. En todos los proyectos de la ACCP, las mujeres con cáncer y sus familias se enfrentaban con obstáculos formidables en el acceso al tratamiento del cáncer, entre ellos pocas opciones de transporte asequible, fondos limitados para pagar el costo de los servicios, así como la necesidad de alojamiento temporal en el lugar donde se ofrece el tratamiento. A continuación se presenta una descripción del apoyo existente para los pacientes con cáncer en dichos países y un resumen de las medidas tomadas dentro de los proyectos para apoyar a las participantes en quienes se diagnosticó cáncer.

### **Transporte**

En la mayoría de los países donde tienen actividad los miembros de la ACCP, las participantes en el proyecto a quienes se les han diagnosticado cáncer a menudo deben viajar distancias considerables para recibir tratamiento. En muchos entornos, los centros para tratamiento del cáncer se ubican únicamente en las ciudades capitales, y las familias de bajos ingresos por lo general no pueden costear viajes frecuentes desde las zonas rurales. No suele contarse con apoyo para sufragar los costos del transporte de los pacientes con cáncer, aunque hay varias excepciones. En Sudáfrica, las mujeres elegibles para ello pueden solicitar una subvención gubernamental por discapacidad, que ayuda a mitigar las dificultades financieras que enfrentan las familias ante un padecimiento incapacitante. En la India, las pacientes y un miembro de la familia viajan gratis, y en El Salvador, actualmente los niveles nacional y regional del Ministerio de Salud están coordinándose para proporcionar transporte entre los hospitales de San Salvador y las zonas rurales.

En la mayoría de los casos, los miembros de la ACCP han subsidiado los costos de transportar a las mujeres a los centros de tratamiento. En El Salvador, Ghana, Perú, Sudáfrica y Tailandia, los proyectos proporcionaron transporte gratuito (por ejemplo, al pagar el tránsito público en El Salvador, contratar a empresas locales de transporte en Ghana o poner el automóvil del proyecto a la disposición de las pacientes en Sudáfrica cuando era necesario). En Burkina Faso, el Congo, Guinea, Malí y Níger, todas las participantes vivían en una zona urbana, donde el acceso al tratamiento para el cáncer no requería viajar grandes distancias. Aunque el proyecto en Kenya no proporcionaba subsidios para el transporte a las mujeres con cáncer, el proyecto trabajó con recursos locales para recaudar dinero y ayudar a las familias.

La ayuda para el transporte es un componente crucial para asegurar que las mujeres que requieran tratamiento puedan acceder a él. Si bien subsidiar directamente los costos de viaje puede no ser factible fuera de situaciones especiales en los proyectos, los programas nacionales pueden intentar alianzas con instituciones y organizaciones existentes para encontrar soluciones creativas a fin de ayudar a las mujeres a que tengan acceso al tratamiento.

## **Costos**

En muchos países donde se localizaron los proyectos de la ACCP, las mujeres con cáncer cervicouterino pueden recibir tan sólo un tratamiento limitado. En Ghana y Tailandia, los servicios de cirugía mayor son escasos o inexistentes; en la mayoría de los lugares de África Occidental donde funcionaron los proyectos, no se cuenta con radioterapia y los servicios quirúrgicos son limitados. En los países donde sí hay tratamiento, el costo representa un obstáculo para muchos pacientes, y el grado de subsidio local para solventar estos costos varía ampliamente. En Sudáfrica, todos los tratamientos para el cáncer son gratuitos para quien gana menos de un determinado ingreso mínimo establecido y puede obtener acceso a la atención. En el Perú, los centros de oncología ofrecen subsidios para los pacientes de bajos ingresos, y en Kenya, hay organizaciones comunitarias que recaudan dinero para sufragar algunos costos. En El Salvador, todos los tratamientos para el cáncer son subsidiados, ya sea por el Ministerio de Salud o a través de donaciones privadas al Instituto del Cáncer y, por consiguiente, son gratuitos para todos los pacientes. En cambio, en Ghana no hay ningún subsidio nacional, y el sistema exige pagar los servicios en efectivo. Bajo la reforma nacional de la atención de la salud en Tailandia, el gobierno proporciona los servicios de prevención y tratamiento, aunque las mujeres que requieren seguimiento pueden tener que pagar una cuota nominal. En la India existen servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia, y el gobierno subsidia parcial o total el tratamiento, según el nivel de ingresos.

Dados los retos arriba descritos, muchos proyectos de la ACCP incorporaron en sus actividades los subsidios para el tratamiento del cáncer cervicouterino. En Ghana, la India, Perú, Tailandia y los países de África Occidental, los proyectos subsidiaron los costos del tratamiento. En Kenya, el proyecto no sufragó los costos del tratamiento, pero sí contrató a una enfermera para prestar apoyo a las mujeres con cáncer. Tanto en Ghana como en Tailandia, los costos relacionados con el tratamiento fueron cubiertos íntegramente por el proyecto. Sin tales subsidios, las mujeres pobres quizá no hubieran poder obtener tratamiento para el cáncer. Durante la planificación, los nuevos programas necesitan tomar en cuenta los subsidios para el tratamiento como un componente de sus actividades.

## **Alojamiento temporal**

Cuando los centros de tratamiento están ubicados lejos de sus hogares, las mujeres pueden requerir alojamiento cerca del centro de tratamiento durante su atención. Los proyectos de la ACCP que apoyaron a las familias con alojamiento y alimentos durante el tratamiento lo hicieron mediante una vinculación con organizaciones ya existentes. Por ejemplo, en el Perú, el proyecto de tamizaje y tratamiento inmediato conocido como TATI (Tamizaje y Tratamiento Inmediato de Lesiones Cervicouterinas) hizo un convenio con la Fundación Peruana de Cáncer; en El Salvador, el proyecto hizo un convenio con el hospital de la Divina Providencia para proporcionar alojamiento temporal gratuito mientras las mujeres estaban sometidas a tratamiento para el cáncer.

También se cuenta con subsidios gubernamentales para apoyar el alojamiento de las pacientes indigentes en Sudáfrica, donde las mujeres se hospedan en albergues patrocinados por la asociación local contra el cáncer, y en Kenya, donde un centro de cuidados paliativos brinda apoyo a las mujeres que necesitan atención en la fase terminal de la enfermedad. Varios proyectos ofrecieron apoyo parcial para trabajar con los servicios existentes. Por ejemplo, en la India ya se contaba con un servicio de dormitorio para todas las mujeres que participaban en el proyecto, y este último

complementó dicho apoyo al proporcionar alimentación a las participantes. En Kenya, el proyecto ayudó a las mujeres a tramitar sus solicitudes para ingresar en centros de cuidados paliativos. Los miembros de la ACCP tampoco pagaron los costos del alojamiento en Tailandia ni en Ghana.

Brindar alojamiento temporal puede hacer factible que las mujeres de bajos ingresos viajen a los centros de tratamiento nacionales o regionales que están lejos de sus hogares y permanezcan allí el tiempo suficiente para recibir un tratamiento completo. Los programas de nivel nacional quizás puedan repetir la experiencia de los proyectos de la ACCP de proporcionar alojamiento a las mujeres cerca de los centros de tratamiento, mediante la vinculación con programas ya existentes que presten este servicio.

### ***Apoyo a las mujeres con cáncer cervicouterino en Sudáfrica***

El objetivo primario del Programa de Tamizaje para el Cáncer Cervicouterino de Khayelitsha, en Sudáfrica (un programa de colaboración entre la Universidad de Cape Town, la Universidad de Columbia y EngenderHealth) era poner a prueba los métodos de tamizaje para la prevención de la enfermedad. El proyecto también tenía el propósito de facilitar el acceso al tratamiento a aquellas participantes en el proyecto en quienes se diagnosticara cáncer cervicouterino. Entre las 7.123 mujeres sometidas a tamizaje en el proyecto de Khayelitsha, se detectaron 28 casos de cáncer. Para ayudar a estas pacientes a obtener acceso a los servicios y aprovechar al máximo los recursos disponibles, el proyecto se coordinó estrechamente con instituciones y organizaciones locales existentes. El

Hospital Groote Schuur de Cape Town, que ofrece radioterapia y otros tipos de tratamiento para el cáncer, compartió recursos y conocimientos con el proyecto. El proyecto también colaboró con la Cancer Association of South Africa and St. Luke's Hospice, organizaciones no gubernamentales (ONG) locales que brindan servicios y apoyo a pacientes con cáncer en comunidades pobres. Las mujeres fueron remitidas a estas organizaciones y se les proporcionaron contactos específicos.

Si bien el tratamiento del cáncer es gratuito en Sudáfrica para las pacientes de muy bajos recursos, las mujeres deben realizar una multitud de trámites para tener a la atención acceso, y el proceso puede tardar varios años. La principal función que ha desempeñado el proyecto en cuanto al acceso al tratamiento es acelerar el proceso, al llevar a las pacientes directamente a los centros de tratamiento y encargarse de que reciban atención inmediata. Este tipo de asistencia demuestra que hace falta una promoción de la causa a favor de los pacientes con cáncer y simplificar los servicios para lograr una accesibilidad óptima.



*Mujeres que esperan para recibir servicios de prevención del cáncer cervicouterino en Khayelitsha, Sudáfrica.*

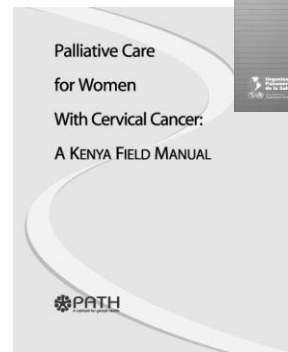
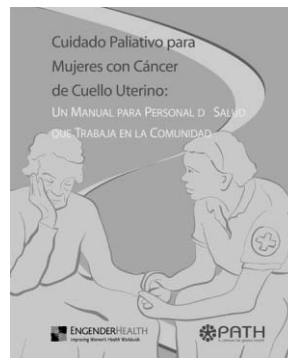
Foto: Proyecto de Tamizaje para el Cáncer Cervicouterino de Khayelitsha, Sudáfrica

## Apoyo para los cuidados paliativos

Aunque la falta de opciones de tratamiento en muchos países de la ACCP hace particularmente necesarios los cuidados paliativos, en la mayoría de los entornos no se cuenta con cuidados a largo plazo y medicamentos para el dolor. En respuesta a la necesidad de crear programas de atención paliativa, los miembros de la ACCP han producido tres manuales de cuidados paliativos que proponen cómo los prestadores de asistencia pueden usar los recursos con los que ya se cuenta para brindar apoyo clínico y emocional a las mujeres en los estadios terminales del cáncer cervicouterino. La información proporcionada es una combinación de recomendaciones específicas para cada región y principios generales para prestar cuidados paliativos óptimos.

Las siguientes publicaciones sobre cuidados paliativos están disponibles:

1. *Cuidados paliativos para mujeres con cáncer de cuello uterino: Un manual para personal de salud que trabaja en la comunidad* ofrece normas para la prestación de cuidados paliativos a domicilio por enfermeras comunitarias y prestadores de asistencia sanitaria de nivel medio. El manual hace hincapié en brindar alivio de los síntomas y apoyo emocional a las pacientes y sus familias. Fue publicado por PATH y EngenderHealth y está disponible en español e inglés.
2. *Cuidados paliativos: Guías para el manejo clínico (2a edición)* es una guía en español sobre los aspectos clínicos y psicológicos de los cuidados paliativos, elaborada por la OPS y la Asociación Internacional para la Atención en Centros de Cuidados Terminales y Paliativos (IAHPC). Está distribuyéndose principalmente en América Latina.
3. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenya Field Manual* es un manual de campo específico para este país que ofrece normas para las pacientes, sus familias y las enfermeras visitantes sobre alivio de los síntomas y apoyo emocional. Fue elaborado por PATH y solo está disponible en inglés.



Si desea más información sobre estas publicaciones, consulte el sitio web de la ACCP en [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org).

## Apoyo psicológico

El apoyo emocional y la orientación son componentes importantes de los programas para tratamiento del cáncer. Estos tipos de apoyo incluyen la orientación previa al tratamiento del cáncer, el apoyo emocional durante el mismo, el apoyo para la coordinación (para acudir las necesidades de diversas instituciones) y la orientación después del tratamiento, así como proporcionar materiales didácticos a las mujeres con cáncer. En los países donde habían los proyectos de la ACCP, hay una amplia variabilidad en cuanto a servicios de orientación y apoyo emocional.

### Orientación

En la mayoría de los países donde se ubicaron los proyectos de la ACCP, las mujeres en quienes se sospecha un cáncer invasor son remitidas a un hospital oncológico central para recibir tratamiento, y por lo general es allí donde se proporcionan a la paciente información y orientación con respecto a sus inquietudes clínicas. Aparte de esta orientación de nivel terciario, los programas comunes de los ministerios de salud suelen ofrecer poco apoyo emocional a las mujeres como preparación para el tratamiento. El apoyo consiste ante todo en el envío a los servicios clínicos y en proporcionar orientación de tipo clínico o para solicitar el consentimiento informado antes del tratamiento. En El Salvador, por ejemplo, se brinda orientación a las mujeres acerca de su diagnóstico, pero no hay un protocolo uniforme establecido, y la información proporcionada depende en gran medida de la iniciativa del personal hospitalario. Más allá del envío y de la orientación previa a los servicios clínicos, no existe ningún programa o sistema que brinde una preparación emocional a las mujeres que están por someterse a un tratamiento para el cáncer.

En los proyectos de la ACCP, los profesionales de la salud (ya fueran del ministerio de salud o personal de los proyectos) por lo general brindaban orientación a las mujeres antes que viajaran o fueran remitidas a recibir tratamiento. El contenido de la orientación para las pacientes tendió a centrarse en aspectos clínicos, más que en inquietudes emocionales; no existen protocolos uniformes respecto a la información que debe tocarse en estas sesiones de orientación. En el Perú, el Ministerio de Salud elaboró un protocolo relativo al tratamiento del cáncer, el cual sugería que las mujeres recibieran orientación sobre la enfermedad y las posibilidades de tratamiento tanto en el centro de salud local como en el hospital regional al que se les remitió. En El Salvador, se creó un diagrama de flujo que detallaba los pasos que debía seguir una mujer dentro del sistema público de salud, pero todavía no se ha implantado. En el proyecto de la ACCP en Sudáfrica, las mujeres recibían orientación por uno de los médicos del proyecto y una enfermera especialista antes del tratamiento. Esto por lo general incluyó un procedimiento de consentimiento informado, con una amplia discusión clínica sobre las opciones terapéuticas, los objetivos del tratamiento, sus efectos colaterales y los posibles desenlaces. El proyecto instaba a las mujeres a traer consigo a sus familiares a estas reuniones para explicarles la enfermedad y sus implicaciones. En India, profesionales sanitarios de la ACCP brindaban información detallada sobre el tipo de tratamiento que recibirían las mujeres, el probable desenlace del mismo y las consecuencias de rehusarse a recibir tratamiento. Sin embargo, no había ninguna orientación relativa a las inquietudes emocionales. Las experiencias de los proyectos de la ACCP demuestran que en los sistemas existentes puede integrarse la elaboración e incorporación de protocolos con mensajes clave y medidas de orientación que abarquen los aspectos emocionales del tratamiento.

## **Apoyo emocional**

La disponibilidad de servicios de apoyo emocional durante y después del tratamiento es sumamente limitada en la mayoría de los países donde la ACCP puso proyectos en marcha. En algunos entornos de Perú y Sudáfrica, hay servicios especiales de orientación psicológica para las pacientes que presentan signos claros de ansiedad, depresión o aflicción extrema; dichos servicios no se ofrecen ni están a disposición de la gran mayoría de las pacientes. En El Salvador, los trabajadores comunitarios de salud y los médicos de los centros de salud locales normalmente hacen visitas a domicilio y coordinan las citas para seguimiento de las mujeres, cuando el hospital oncológico les informa de alguna mujer de la localidad que ha recibido tratamiento, pero la paciente puede perderse al seguimiento cuando los centros de salud locales no reciben tal información.

El apoyo emocional para las mujeres durante el tratamiento para el cáncer no formaba parte de la mayoría los proyectos de la ACCP, pero algunos de ellos establecieron nexos con otros grupos que ofrecían este tipo de apoyo a las mujeres. En Sudáfrica, el proyecto de la ACCP remitió a las mujeres que requerían apoyo emocional adicional a organizaciones estatales y locales sin fines de lucro que específicamente brindan atención a pacientes con cáncer de comunidades pobres. En la India, se contaba con un dormitorio para alojar a los familiares además de las pacientes. Estos miembros de la familia pueden proporcionar cierto apoyo emocional a las pacientes con cáncer. El proyecto en El Salvador colaboró con el Ministerio de Salud para elaborar un programa que brindaba apoyo a las pacientes con cáncer a través de residentes de psiquiatría. En el Perú también se adoptaron medidas de apoyo (véase el recuadro, página siguiente).

En muchos casos, los programas nacionales no tendrán recursos para brindar apoyo emocional, pero pueden derivar a las mujeres hacia servicios independientes que tengan la capacidad y la experiencia necesarias para ofrecer este tipo de apoyo.

### ***Apoyo para las mujeres con cáncer cervicouterino en el Perú***

Si bien el proyecto para prevención del cáncer cervicouterino en San Martín, Perú, estaba dirigido a realizar tamizaje y dar tratamiento a mujeres con lesiones precancerosas, el tamizaje efectuado en la región identificó a más de 100 mujeres con cáncer invasor. El personal del proyecto buscó soluciones locales para apoyar a las mujeres en quienes se diagnosticó cáncer invasor, que fueron remitidas para tratamiento curativo. A fin de facilitarles el acceso al tratamiento, la OPS proporcionó financiamiento para su transporte desde el lugar de ubicación del proyecto, en Tarapoto, al hospital oncológico en Lima. Allí, el proyecto hizo un convenio con la Fundación Peruana de Cáncer para proporcionar alojamiento y alimentación a las mujeres de San Martín que tuvieron que permanecer en Lima durante todo su tratamiento para el cáncer. PATH proporcionó fondos del proyecto para reforzar la capacidad técnica de los voluntarios de la fundación para brindarles educación y apoyo a las pacientes, adiestrar a aquellas que quisieran convertirse en promotoras de salud, capacitar a las pacientes en actividades artesanales y prestarles apoyo psicológico. La fundación hizo sustentables dichas actividades al

coordinarse con un grupo de voluntarias del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Las actividades de las voluntarias son administradas a través de INEN desde una oficina del hospital, que también coordina las actividades de las voluntarias en el propio hospital. Las voluntarias siguen proporcionando educación y promoción de la salud, así como

adiestramiento en la fabricación de artesanías, a las pacientes que se alojan el albergue de la fundación para pacientes con cáncer. La fundación ha seguido apoyando a un psicólogo que trabaja una vez por semana con las pacientes del albergue.



*Supervivientes del cáncer, que pertenecen a la "Alianza Nueva Esperanza," planean las actividades de la organización.*

Con asistencia del Ministerio de Salud, un grupo de mujeres que regresaron tras haber recibido tratamiento para el cáncer en Lima formó la "Alianza Nueva Esperanza", una asociación local para supervivientes del cáncer cervicouterino. Con un lema que da marco a todas sus actividades, "Deseamos compartir la fuerza y la esperanza," la organización tiene tres objetivos: proporcionar educación a las mujeres sobre prevención del cáncer cervicouterino, recaudar fondos para aquellas que han regresado de recibir tratamiento para el cáncer (ya que los medicamentos son costosos y muchas no pueden pagar los que necesitan) y organizar un intercambio social entre mujeres que viven con cáncer cervicouterino y otras que han sido tratadas con éxito. PATH y el Ministerio de Salud han apoyado a esta organización mediante adiestramiento acerca del cáncer cervicouterino y su prevención. El personal de PATH también está supervisando a una voluntaria local, quien está coordinándose con la Alianza Nueva Esperanza y con instituciones públicas y privadas locales para formar una red regional de voluntarias en San Martín que recaudará fondos y ayudará a prestar apoyo logístico a las pacientes con cáncer que necesiten viajar a Lima para recibir tratamiento.

---

## **Apoyo al nivel de la prestación de servicios**

### **Planificación del tratamiento**

Un aspecto del apoyo para las mujeres bajo tratamiento para el cáncer radica en asegurarse de que reciban mensajes consecuentes y atención apropiada por parte de diversos proveedores. En Ghana, se estableció un grupo de Multidisciplinary Cervical Cancer Care (MC3) [Atención Multidisciplinaria del Cáncer Cervicouterino] para mejorar la coordinación de la atención y planificación del



tratamiento de las pacientes con cáncer cervicouterino comprobado o presunto. El grupo MC3 reúne a ginecoobstetras, patólogos y radioterapeutas a fin de establecer un vínculo directo entre los servicios comunitarios de tamizaje y la atención terciaria, un vínculo que no existía antes del proyecto y que podría no sobrevivir ahora que el proyecto ha concluido. En condiciones ideales, tales esfuerzos serán adoptados por los países y mantenidos a nivel local o nacional. El bajo nivel de inversión requerida para crear redes de atención y tratamiento y el gran beneficio potencial para las pacientes con cáncer merecen un esfuerzo sostenido para apoyar la coordinación por parte de gobiernos y organizaciones.

### **Materiales didácticos**

Sudáfrica es el único país con un proyecto de la ACCP donde las mujeres cuentan con materiales impresos, didácticos o de apoyo, relativos al tratamiento del cáncer cervicouterino. Aunque casi toda la orientación en ese país se brinda en forma personalizada, hay algunos folletos sobre tratamiento del cáncer. Sin embargo, dichos folletos no se prepararon teniendo en mente las necesidades especiales de los diversos grupos étnicos del país, como los xhosa. Aparte del manual de cuidados paliativos antes mencionado, no se desarrollaron para los proyectos de la ACCP materiales formales sobre orientación ni con detalles sobre el tratamiento o el seguimiento del cáncer.

## Conclusión y recomendaciones

La experiencia obtenida por los miembros de la ACCP al asegurar que las participantes con cáncer cervicouterino recibieran el tratamiento disponible arroja luz sobre componentes importantes de los sistemas para tratamiento del cáncer en los entornos de bajos recursos. Es posible reducir la elevada frecuencia de diagnósticos de cáncer cervicouterino en estadios avanzados en los países en desarrollo si se ponen en marcha programas de tamizaje que lleguen a las mujeres antes de que el cáncer tenga oportunidad de desarrollarse. En *Planificar y poner en práctica programas de prevención del cáncer cervicouterino: Manual para gerentes*, la ACCP brinda orientación y enseñanzas obtenidas de sus proyectos sobre la puesta en práctica de tales programas. Esta guía tiene por objeto ayudar a los directores de programa para diseñar, planificar, ejecutar y supervisar servicios de prevención del cáncer cervicouterino.<sup>17</sup>

El acceso al tratamiento del cáncer es difícil para las mujeres de escasos recursos de todo el mundo. Las experiencias de los miembros de la ACCP destacan esta dificultad, ya que los proyectos han identificado casos de cáncer lejos de los centros nacionales o regionales donde se cuenta con servicios de tratamiento para la enfermedad. Los miembros de la ACCP abordaron este problema subsidiando el transporte y los costos médicos y de otras clases para que las mujeres con cáncer recibieran tratamiento. Ese tipo de subsidios estuvo disponible sólo mientras duraron los proyectos de la ACCP, de modo que persiste la necesidad de soluciones a largo plazo. Es probable que los subsidios directos para las mujeres no sean una alternativa viable para muchos ministerios de salud. En cambio, los programas nacionales tendrían que considerar la posibilidad de forjar alianzas locales con instituciones u organizaciones que apoyan a las pacientes con cáncer y explorar las opciones para satisfacer las necesidades de traslado, tratamiento y alojamiento de las mujeres durante la atención del cáncer. Los países donde no se cuenta con radioterapia también pueden considerar la posible colaboración con organizaciones internacionales que proporcionen tecnología y adiestramiento.

Los cuidados paliativos son un componente importante de todos los programas que vayan a identificar casos no tratables de cáncer, en particular en entornos donde no se cuenta con tratamientos curativos. La experiencia de la ACCP destaca la falta de recursos dedicados a las mujeres que requieren atención durante la fase terminal. El manual de campo mundial y el de Kenya, así como la guía clínica y psicológica en español, se elaboraron como respuesta a esa necesidad identificada, y pueden brindar orientación sobre cómo incorporar estos complejos temas en un programa local.

Las intervenciones psicológicas ofrecen la posibilidad de reducir el sufrimiento emocional, la ansiedad, la depresión y quizá también los costos; no obstante, en la mayoría de los países en desarrollo son sumamente limitadas. Una manera de promover la orientación para las pacientes con cáncer en los consultorios y centros de tratamiento locales consiste en diseñar y distribuir un protocolo que especifique los mensajes y pasos clave del proceso de orientación que deben brindarse a las mujeres o llevarse a cabo en momentos específicos durante el diagnóstico, el tratamiento, y el seguimiento. La colaboración con organizaciones y grupos sin fines de lucro

dedicados a la atención del cáncer para que brinden apoyo emocional adicional puede ser una opción para que las mujeres reciban la asistencia necesaria.

En muchos países, contar con programas eficaces de prevención y tratamiento del cáncer requiere cuantiosas inversiones en infraestructura. Sin embargo, pueden y deben tomarse aquellas medidas intermedias que requieren pocos recursos, para mejorar el acceso de las clientes al tratamiento y sus experiencias con este. A continuación se ofrece un resumen de las recomendaciones.

## **Recomendaciones**

1. Aumentar la coordinación entre organizaciones para tratamiento del cáncer, asociaciones médicas, ministerios de salud, organizaciones comunitarias y otros grupos que apoyen a los pacientes con cáncer. La coordinación local permite formar redes que brinden apoyo sustentable para el transporte, recauden fondos para ayudar a las familias a sufragar el tratamiento y otros gastos y contribuyan a establecer albergues que brinden alojamiento y alimentación mientras las mujeres están recibiendo el tratamiento. Los grupos multidisciplinarios de tratamiento del cáncer pueden crear nexos entre los servicios de tamizaje y los de tratamiento, para así proporcionar a las mujeres un mensaje y una atención más congruentes.
2. Integrar el apoyo psicológico a los programas de tratamiento del cáncer cervicouterino al nivel local. Debe contarse con personal adiestrado al efecto, que brinde apoyo psicológico o remita a las pacientes a los servicios de orientación apropiados. Además, pueden formarse redes o grupos de apoyo entre mujeres supervivientes del cáncer cervicouterino.
3. Estandarizar la información clínica para la orientación, incorporando las normas internacionales y poniendo en marcha protocolos que describan las instrucciones previas y posteriores al tratamiento. Esta medida ayuda a asegurar que las mujeres con cáncer cervicouterino reciban la información que necesitan, a fin de tomar decisiones fundamentadas que preserven su salud y su tranquilidad.
4. Elaborar material didáctico para las mujeres sometidas a tratamiento para el cáncer. Los países del proyecto integraron activamente los materiales sobre prevención del cáncer cervicouterino elaborados por los miembros de la ACCP, y es probable que tengan interés en este tipo de apoyo adicional. Tales materiales deben incluir información sobre la enfermedad, lo que pueden esperar las mujeres del tratamiento y las instrucciones para después del mismo.
5. Ampliar las opciones de tratamiento para el cáncer, como la radioterapia, en los países donde no se cuenta con ellas. Explorar las oportunidades de coordinación con organizaciones internacionales que proporcionen tecnología y adiestramiento a los países sin radioterapia.
6. Aumentar el acceso de las mujeres a la atención para la fase terminal. Explorar las funciones que pueden desempeñar la comunidad y los grupos femeniles o religiosos para ayudar a las mujeres enfermas y a sus familias a enfrentar la enfermedad. Alentar a las organizaciones de salud locales para que adiestren a los trabajadores de salud en los principios de los cuidados paliativos, de modo que la asistencia domiciliaria sea más accesible.

## Referencias

1. Stewart BW, Kleihues P, eds. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press; 2003.
2. Moodley M, Moodley J, Kleinschmidt I. Invasive cervical cancer and human immunodeficiency virus (HIV) infection: a South African perspective. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2001;11:194–197.
3. Ferlay J, Bray F, Parkin DM, Pisani P, eds. *Globocan 2000: Cancer Incidence and Mortality Worldwide (IARC Cancer Bases No. 5)*. Lyon: IARC Press; 2001.
4. Sandelin K, Apffelstaedt JP, Abdullah H, Murray EM, Ajuluchuku EU. Breast Surgery International—breast surgery in developing countries. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2002;91: 222–226.
5. Millions of cancer victims in developing countries lack access to life-saving radiotherapy [press release]. Vienna: IAEA; June 2003. Available at: <http://www.iaea.org/NewsCenter/PressReleases/2003/prn200311.html>. Accessed July 20, 2004.
6. Chaturvedi P, Chaturvedi U, Sanyal B. Alternative medicine and cancer patients in less developed countries. *Lancet Oncology*. 2002;3(1):10.
7. PATH/EngenderHealth. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual*. Seattle: PATH/EngenderHealth; 2004.
8. Murray SA, Grant E, Grant A, Kendall M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers. *British Medical Journal*. 2003;326(7385):368.
9. Classen C, Butler LD, Koopman C, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(5):494–501.
10. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2001;345(24):1719–1726.
11. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(9):681–689.
12. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 1990;47(8):720–725.
13. Spiegel D. Effects of psychotherapy on cancer survival. *National Review of Cancer*. 2002;2(5): 383–359.
14. Spiegel D. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*. 1994;74:1453–1457.
15. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(8):558–584.

16. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *European Journal of Cancer*. July 2002;38(11): 1447–1457.
17. ACCP. *Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers*. Seattle: PATH; 2004.

## Apéndice: Estadios del Cáncer de Cuello Uterino

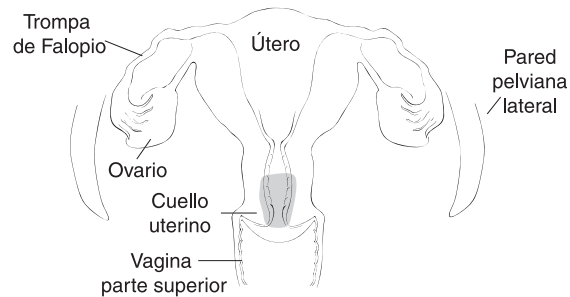
### Estadio I A

El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino, pero sólo puede ser diagnosticado por microscopio (no está clínicamente visible).\*

**Síntomas Comunes:** Ninguno (asintomático).

**Tratamiento Óptimo:** Histerectomía abdominal total.

**Supervivencia de 5 años:** (con tratamiento óptimo): 90-100%.



### Estadio I B

El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino y la lesión presente es microscópicamente (clínicamente) visible.

**Síntomas Comunes:** Puede existir un flujo vaginal acuoso, de color blanco-amarillento y hemorragia pos-coital.

**Tratamiento Óptimo:** Cirugía radical (histerectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral o radioterapia radical).

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 80-90%.

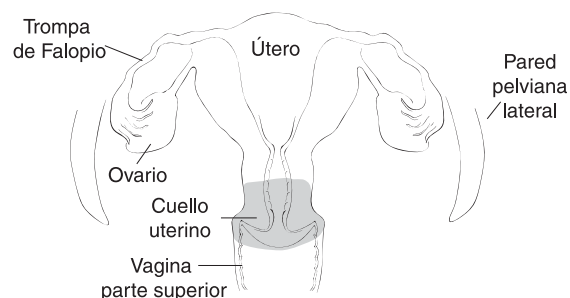
### Estadio II A

El cáncer se ha expandido más allá del útero, pero no involucra a la pared pelviana, del tercio inferior de la vagina, o el parametrio.

**Síntomas Comunes:** Flujo vaginal que puede ser seroso, mucopurulento, sanguinolento y a veces fétido. Hemorragia vaginal recurrente incluyendo pos-coital.

**Tratamiento Óptimo:** Radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente; en casos especiales, cirugía radical más radioterapia.

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 75%.



\* Todas las descripciones de estadios están basadas en la nomenclatura de FIGO.

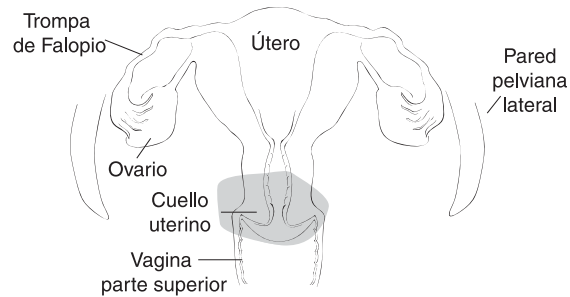
## Estadio II B

El cáncer se ha extendido más allá del cuello del útero, pero no ha llegado a la pared pelviana o al tercio inferior de la vagina. Existe un obvio compromiso de los parametrios.

**Síntomas Comunes:** Signos y síntomas similares al II A, a menudo con dolor en la pelvis menor y espalda baja.

**Tratamiento Óptimo:** Radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente.

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 50%–60%.



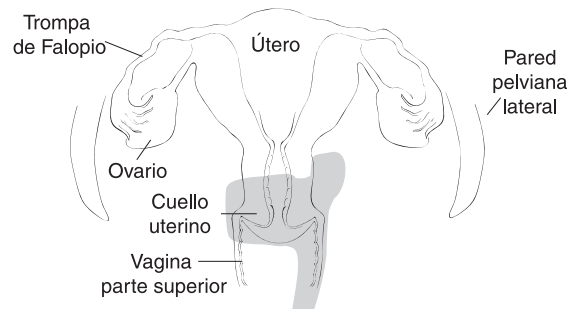
## Estadio III A

El tumor invade el tercio inferior de la vagina, sin extenderse a la pared pelviana.

**Síntomas Comunes:** Similares a II B, a menudo con dolor durante el coito.

**Tratamiento Óptimo:** Radioterapia con o sin quimioterapia concurrente.\*

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 20%–40%.



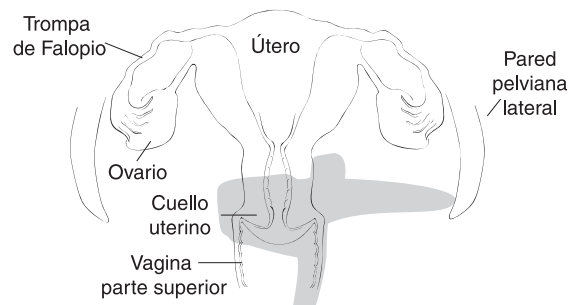
## Estadio III B

El tumor involucra el tercio inferior de la vagina y se extiende a la pared pelviana donde ocurre una hidronefrosis o un riñón no funciona.

**Síntomas Comunes:** Similares a III A, dolor severo en la parte inferior del abdomen y espalda baja, a menudo con edema de miembros inferiores en una o en las dos piernas. Pueden ser señales y síntomas de uremia (insuficiencia renal crónica) debido a la obstrucción de una o ambas uretras.

**Tratamiento Óptimo:** Radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente.\*

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 20%–40%.



\* Estos tratamientos radicales con intenciones curativas, no son tratamientos paliativos. Un tercio de los pacientes del Estadio III son curados con radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente.



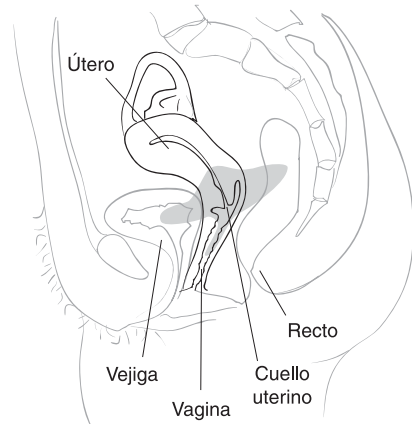
## Estadio IV A

**El cáncer se ha extendido más allá de la pelvis a los órganos adyacentes (vejiga y/o recto).**

**Síntomas Comunes:** Similares a III B, a menudo con hematuria (sangre en la orina), disuria, anemia, pérdida de peso y a veces fístula vesico-vaginal, fístula rectovaginal.

**Tratamiento:** Radioterapia paliativa y/o quimioterapia paliativa y control de síntomas; Radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente en casos especiales.

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 5%–10%.



## Estadio IV B

**El cáncer se ha extendido a los órganos distantes.**

**Síntomas Comunes:** Similares a IV A, pero con señales y síntomas adicionales de acuerdo al lugar de la propagación del cáncer:

- Riñones—dolor severo en la espalda media.
- Pulmones—intratable, tos no productiva.
- Hígado—distensión abdominal (dolor y sensibilidad en el cuadrante superior derecho), ictericia.
- Piel—nódulos cutáneos grandes pero sin dolor.
- Nudos linfáticos—ganglios linfáticos sobredimensionados.
- Cerebro—convulsiones, confusión.

**Tratamiento:** Radioterapia paliativa y/o quimioterapia paliativa y control de síntomas.

**Supervivencia de 5 años** (con tratamiento óptimo): 0%.