



# Panorama general del tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer cervicouterino

**El capítulo 10** presenta un panorama general de los aspectos clínicos y programáticos del tratamiento y los cuidados paliativos necesarios para mejorar vínculos entre los servicios de prevención y control, y para mejorar el acceso al tratamiento y a los servicios de cuidado paliativo.

## Tratamiento del cáncer y cuidados paliativos

### Índice

Mensajes clave .....	219
Introducción .....	219
La función del equipo de gestión .....	220
Antecedentes .....	220
Carga de morbilidad	
Disponibilidad de los servicios en entornos con recursos limitados	
Diagnóstico y opciones de tratamiento para el cáncer cervicouterino	
Estrategias para establecer y afianzar los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino .....	226
Nivel de formulación de políticas	
Nivel de gestión	
Nivel de la comunidad	
Cuidados paliativos .....	232
Tipos de servicios de cuidados paliativos	
Estrategias para establecer y mantener los servicios de cuidados paliativos	
Intervenciones para mejorar el acceso al tratamiento del dolor	
Otras intervenciones	
Conclusiones .....	240
Bibliografía complementaria .....	241
Apéndice 10.1. Aspectos técnicos y programáticos de las opciones terapéuticas para el cáncer cervicouterino .....	242
Apéndice 10.2. Analgésicos comúnmente usados para el alivio del dolor canceroso .....	245
Apéndice 10.3. Clasificación por estadios FIGO del cáncer cervicouterino .....	246

## Mensajes clave

- Los países *sin* servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino se centrarán en establecer y afianzar los esfuerzos preventivos y los servicios de cuidados paliativos, así como en planificar las inversiones en servicios de tratamiento básicos centralizados para el cáncer cervicouterino.
- Los países con servicios *limitados* de tratamiento del cáncer cervicouterino se centrarán en establecer y afianzar los esfuerzos preventivos y los servicios de cuidados paliativos, mejorando también el acceso a la cirugía radical (si existe esa posibilidad) y a los servicios de radioterapia.
- Siempre que sea posible, los servicios de prevención del cáncer cervicouterino se vincularán e integrarán con los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino y de cuidados paliativos en un plan nacional de control del cáncer.
- Las actividades de información y educación deben concienciar tanto a los proveedores como a las usuarias de que el cáncer cervicouterino con frecuencia se puede curar con el tratamiento apropiado.
- Los servicios de cuidados paliativos estarán disponibles en todos los niveles de los establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria.
- Además del manejo del dolor y otros síntomas del cáncer, los cuidados paliativos incluyen el apoyo a nivel de la comunidad para movilizar los recursos locales, estableciendo enlaces con los centros de tratamiento, y el apoyo emocional, social y espiritual a las mujeres en fase terminal y sus prestadores de asistencia.
- La reglamentación farmacéutica y las políticas médicas o farmacéuticas pueden restringir innecesariamente el acceso a los medicamentos apropiados, en particular en las zonas rurales. Se evaluarán y revisarán dichas políticas.

## Introducción

Es inevitable que un programa de prevención del cáncer cervicouterino identifique a mujeres con cáncer invasor. El cáncer cervicouterino es a menudo curable si se detecta y trata en sus fases iniciales: más del 80% de las mujeres en las que se detecta la enfermedad en su fase inicial pueden curarse con tratamientos como la cirugía o la radioterapia. La finalidad de este capítulo es proporcionar información básica al equipo de gestión respecto a los aspectos clínicos y programáticos del diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, incluidos los cuidados paliativos. Los objetivos son mejorar el acceso al tratamiento y los servicios de cuidados paliativos, así como establecer y mantener vínculos eficaces entre los servicios de prevención y tratamiento, los sistemas de información y los registros del cáncer.

## La función del equipo de gestión

La función del equipo de gestión incluye la coordinación de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino con los servicios de tratamiento de cáncer y cuidados paliativos. Para llevar a cabo esta tarea, el equipo de gestión trabajará estrechamente con los responsables de la formulación de políticas y los profesionales involucrados en el tratamiento de cáncer para:

- Asegurar que se establezcan y mantengan vínculos eficaces entre las comunidades, los establecimientos que proporcionan servicios de prevención, tratamiento del cáncer y cuidados paliativos, y los registros del cáncer.
- Elaborar estrategias para aumentar la conciencia de la comunidad sobre la importancia de la detección temprana del cáncer cervicouterino.
- Participar activamente en la elaboración de estrategias para garantizar la disponibilidad y el acceso al tratamiento de cáncer y a los servicios de cuidados paliativos.

## Antecedentes

### Carga de morbilidad

En muchos países en desarrollo, gran parte de los cánceres cervicouterinos se diagnostican en estadios avanzados, cuando el tratamiento es menos eficaz en lo que se refiere al control de la enfermedad (véase en el cuadro 10.1 los datos propios de diversos países y en el apéndice 10.1 una explicación de los estadios). Esta carga de morbilidad se debe en gran parte a que en esos países no existen servicios de tamizaje y tratamiento o son insuficientes. Por el contrario, en los países desarrollados la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se presentan en un estadio más incipiente. La presentación tardía y el acceso limitado a servicios apropiados de tratamiento hacen que las tasas de supervivencia sean menores en las poblaciones de los países en desarrollo (Sankaranarayanan et al. 1998).

**CUADRO 10.1.** Distribución de los casos de cáncer cervicouterino incipiente en poblaciones seleccionadas en países en desarrollo y países desarrollados

Ciudad/país	Período de estudio	Total de mujeres con cáncer	Proporción de mujeres que acuden con cáncer en estado incipiente (localizado)
Cuba	1988-1989	831	24,1%
Mumbai, India	1982-1986	8.861	11,7%
Chennai, India	1984-1989	6.141	6,8%
Rizal, Filipinas	1987	937	5,2%
Chiang Mai, Tailandia	1983-1992	3.231	20,7%
Kampala, Uganda	1995-1997	261	14,6%
SEER (EUA) *	1992-1998	7.594	54,0%

\* Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (Programa de vigilancia, epidemiología y resultados finales).

Fuentes: Sankaranarayanan et al. 1998, SEER 2002.

## Disponibilidad de los servicios en entornos con recursos limitados

El tratamiento del cáncer cervicouterino invasor sigue siendo un reto principal en muchos países en desarrollo, en particular en el África subsahariana, debido a la falta de establecimientos quirúrgicos, proveedores capacitados y servicios de radioterapia (Stewart y Kleihues 2003). Por ejemplo, en muchos países de la región, los servicios de histopatología son muy limitados o no están disponibles. Los servicios de radioterapia son raros. Aún más, en todo el continente africano hay menos máquinas de radioterapia que Italia. La capacidad de realizar la histerectomía radical en los servicios de salud pública es sumamente limitada. En algunos países, el tratamiento de cáncer cervicouterino se puede realizar en el sector privado, pero esta opción es económicamente prohibitiva para la mayoría de las mujeres.

### **Barreras en los países con servicios limitados de tratamiento del cáncer cervicouterino**

Las barreras principales para el diagnóstico, el tratamiento y la asistencia del cáncer cervicouterino y de otros tipos de cáncer en países con servicios limitados de tratamiento de cáncer son:

#### **En lo que respecta a las usuarias:**

- La falta de concienciación pública sobre la detección precoz y el tratamiento temprano del cáncer invasor.
- La asociación del cáncer con la muerte.
- Las barreras geográficas (transporte, caminos).
- Las barreras económicas (incapacidad de pagar los servicios sanitarios u otros gastos relacionados con la enfermedad).
- Las barreras socioculturales (que reflejan modelos variables de acceso a los servicios sanitarios).
- Las barreras físicas (por ejemplo, el hecho de estar demasiado enfermas) y psicológicas (por ejemplo, la depresión) relacionadas con la enfermedad.

#### **En lo que respecta a los proveedores:**

- La falta de concienciación sobre la detección precoz y el tratamiento temprano del cáncer invasor.
- La falta de equipo que funcione y la escasez de medicamentos quimioterápicos.
- La falta de personal instruido.
- La falta de documentación de la información esencial sobre la atención a las usuarias.
- La falta de vínculos entre los establecimientos sanitarios.

En muchos países con servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino, las pacientes a menudo no usan estos servicios, no completan su tratamiento y no asisten al seguimiento para el control clínico. Por ejemplo, una encuesta en los seis principales hospitales oncológicos de la India indicó que una cuarta parte de las pacientes con cáncer cervicouterino no siguió o completó el tratamiento prescrito y una quinta parte de las pacientes con cáncer cervicouterino localizado no buscaron tratamiento.

## Diagnóstico y opciones de tratamiento para el cáncer cervicouterino

Véase en el recuadro siguiente una exposición general del cáncer cervicouterino. Los métodos de tratamiento incluyen la cirugía radical, la radioterapia (intracavitaria y externa) y la quimioterapia. El apéndice 10.2 describe cómo se realiza cada método, sus indicaciones, los requisitos de instalaciones y personal, los costos y la duración del ingreso hospitalario. Los puntos fuertes y las limitaciones de los diversos métodos de tratamiento se presentan en el cuadro 10.2. La familiaridad con esta información ayudará al equipo de gestión a abogar y participar activamente en la planificación y coordinación de la prestación de servicios, y a desarrollar estrategias de concienciación de los profesionales y la comunidad.

### Características clínicas, diagnóstico, estadificación, investigaciones y tratamiento del cáncer cervicouterino

**Características clínicas** La presentación clínica del cáncer cervicouterino invasor depende principalmente de la ubicación y la propagación del cáncer. En fases muy incipientes, cuando el cáncer se limita al cuello uterino (es decir, está localizado), las pacientes generalmente no presentan síntomas ni signos clínicos. Las pacientes con cáncer cervicouterino tienen síntomas cuando el tumor se extiende y abarca otros órganos, como la vagina, la vejiga y el recto, y en último término se propaga a órganos distantes. Algunas características de la presentación son el flujo vaginal maloliente y sanguinolento, la hemorragia vaginal anormal, la presencia de sangre en la orina, la obstrucción intestinal (vómitos, dolor abdominal y distensión), el dolor de espalda grave, la anemia grave y la pérdida de peso. Si el cáncer se disemina a la vejiga urinaria y el recto, se pueden formar fistulas entre estos órganos y la vagina (fistulas vesicovaginales y rectovaginales), que dan lugar a la salida incontrolada de orina o heces a través de la vagina. Estos son quizás los síntomas más penosos y difíciles de controlar.

**Diagnóstico** El diagnóstico clínico del cáncer cervicouterino evidente es bastante sencillo. En casi todas las mujeres sintomáticas, el tacto vaginal revela un crecimiento en el cuello uterino y su propagación a la vagina y los tejidos pélvicos circundantes. Un resultado citológico de cáncer invasor es insuficiente para confirmar el diagnóstico; la confirmación se realiza mediante la biopsia y el examen histopatológico de una muestra tisular.

**Estadificación** Para planificar el tratamiento apropiado, evaluar la respuesta al tratamiento y predecir la supervivencia a largo plazo (pronóstico), se determinará el grado de propagación clínica en el momento de la presentación



y se hará una evaluación detallada de la salud general de la paciente. La determinación del grado de extensión del tumor dentro y fuera de la pelvis se denomina "estadificación". La estadificación se hace mediante el tacto vaginal y ciertas investigaciones (véase más adelante). El sistema de estadificación desarrollado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es el que más se utiliza; los estadios van desde el estadio I (fase inicial) al estadio IV (tardío o más avanzado). El apéndice 10.1 aporta detalles sobre los estadios FIGO.

**Investigaciones** Las pruebas diagnósticas complejas proporcionan información valiosa para planificar el tratamiento, pero son sumamente costosas y generalmente no son viables en los entornos con recursos escasos. Estas pruebas evalúan si otros órganos han sido invadidos por el cáncer e incluyen la visualización del interior de la vejiga (cistoscopia) y de la parte inferior del recto y el conducto anal (proctoscopia), además de las radiografías de tórax y pulmones y las radiografías de los riñones (pielografía o urografía intravenosa). También se recomiendan un hemograma completo y pruebas de la función renal y hepática. La ecografía, la tomografía computadorizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) pueden proporcionar información adicional, pero no son obligatorias. Debido a los recursos que se precisan para estas pruebas, en muchas zonas la única estrategia posible para la estadificación es la exploración con espéculo, la exploración vaginal y rectal y la visualización del conducto anal (proctoscopia).

**Tratamiento** El cáncer cervicouterino invasor puede ser tratado mediante cirugía, radioterapia o una combinación de ambas, con o sin quimioterapia. El tamaño y el grado clínico del cáncer son las consideraciones más importantes a la hora de tomar una decisión terapéutica. El tratamiento quirúrgico (histerectomía radical) realizado por cirujanos adecuadamente formados, capacitados y experimentados, es eficaz en los estadios iniciales del cáncer cervicouterino. La radioterapia incluye el uso de las radiaciones ionizantes para destruir las células cancerosas y puede usarse para tratar los estadios iniciales y posteriores del cáncer cervicouterino. Se puede proporcionar radioterapia de dos maneras: la radioterapia intracavitaria (también conocida como braquiterapia) o la radioterapia externa (teleterapia). La braquiterapia es un componente esencial de la radioterapia del cáncer cervicouterino. En el cuadro 10.2 se presentan las ventajas y limitaciones de los métodos terapéuticos. La quimioterapia no se usa como tratamiento de primera línea del cáncer cervicouterino. El tratamiento eficaz de las mujeres con cáncer cervicouterino requiere un enfoque multidisciplinario que incluye a ginecólogos, radioterapeutas, oncólogos médicos, anatomopatólogos, físicos médicos, técnicos, enfermeras y consejeros. (Véase en el apéndice 10.2 las características fundamentales de los métodos para tratar el cáncer cervicouterino.)

**Seguimiento clínico** Generalmente se recomienda a las mujeres que se sometan a seguimiento clínico periódico después del tratamiento durante al menos dos a cinco años para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar lo antes posible las recidivas, si las hubiere. La exploración física del cuello uterino, la vagina y el recto se lleva a cabo durante las visitas de seguimiento para evaluar si la



enfermedad se ha resuelto totalmente, persiste o existen signos de recidiva o de propagación a distancia. Sin embargo, en muchos países en desarrollo es limitado el campo de acción para proporcionar cualquier tratamiento eficaz en el caso de detectar cáncer residual o recidivante en el seguimiento clínico.

**Factores predictivos** El estadio clínico de la enfermedad en el momento de la presentación es el único factor predictivo más importante de la supervivencia a largo plazo. Las recidivas más de 5 años después del tratamiento son sumamente raras. En consecuencia, la supervivencia a los 5 años es un buen indicador de la curación. Cuando el tratamiento es apropiado, la supervivencia a los 5 años:

- Supera el 80% en las pacientes con cáncer en estadio I.
- Es mayor del 70% en las pacientes con enfermedad en estadio IIA.
- Es aproximadamente del 40-50% en las pacientes con estadio IIB y estadio III.
- Es menor del 10% en las pacientes con enfermedad en estadio IV.

Fuente: Sankaranarayanan 1995, Sankaranarayanan 1998.



**CUADRO 10.2. Puntos fuertes y limitaciones de los métodos de tratamiento del cáncer cervicouterino**

Características	Cirugía radical	Radioterapia	Quimioterapia
<p><b>Puntos fuertes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cirugía realizada por cirujanos capacitados y experimentados es eficaz en el tratamiento de las fases incipientes (estadio I y estadio IIA seleccionados) de la enfermedad.</li> <li>• Permite conservar los ovarios en las mujeres jóvenes y evita la este-nosis (estrechamiento) vaginal.</li> <li>• En comparación con los servicios de radioterapia, se requiere una inversión de capital limitada para el desarrollo de servicios quirúr-gicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se usa en el tratamiento de todos los estadios del cáncer cervicouterino, y también de otras clases de cáncer (por ejemplo, mama, cabeza y cuello).</li> <li>• Su eficacia varía con el estadio de la enfermedad.</li> <li>• La radioterapia es el único tratamiento realista cuando la enfermedad se ha propagado más allá del estadio IIA, cuando la cirugía ya no es ni viable ni eficaz. Se usa común-mente para los tumores menos extensos cuando no se cuenta con pericia quirúrgica.</li> <li>• Las tasas de supervivencia son iguales a las de la cirugía en los cánceres en fase incipi-ente.</li> <li>• Es una opción alternativa apropiada para las mujeres con enfermedad incipiente pero con gran riesgo quirúrgico.</li> <li>• Se proporciona principalmente como un servicio ambulatorio.</li> <li>• La máquina de alta tasa de dosis para el tratamiento intracavitario puede tratar a 1.000-2.000 pacientes por año y también se puede usar para tratar otros cánceres (por ejemplo, cabeza y cuello, mama, cerebro, recto, próstata). El costo unitario por paciente tratado disminuye cuanto más se usa la máquina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necesita contar con radioterapeutas formados y capacitados, físicos médicos y técnicos de radioterapia para proporcionar el tratamiento y manejar y mantener el equipo adecuadamente.</li> <li>• Requiere equipo costoso y suministro de las fuentes radiactivas. También son necesá-rios contratos de servicio y repuestos.</li> <li>• Si se utiliza poco, el costo por paciente aumenta ya que se debe hacer el mantenimiento de la máquina y cambiar periódicamente la fuente radiactiva, independientemente de cuántos pacientes hayan sido tratados.</li> <li>• Requiere un suministro eléctrico fiable.</li> <li>• Los efectos colaterales agudos incluyen la inflamación del recto (proctitis) y de la vejiga (cistitis) inducida por la radiación. Ocasionalmente pueden ocurrir complicaciones tardías, como la obstrucción intestinal y la formación de fistulas rectovaginales y vesti-covaginales.</li> <li>• La braquiterapia de baja tasa de dosis requiere un quirófano y servicios de anestesia para colocar el catéter intrauterino y los ovoides vaginales. Sin embargo, esta máquina sólo puede usarse para tratar cánceres ginecológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede combinar con la radioterapia para el manejo del cáncer localmente avanzado.</li> <li>• Puede emplearse en el tratamiento del cáncer cervicouter-ino muy avanzado.</li> </ul>
<p><b>Limitaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel de la cirugía curativa es menor en las pacientes cuyo cáncer cervicouterino se ha propa-gado más allá del cuello uterino, hacia los tejidos circundantes.</li> <li>• Requiere de ginecólogos capacita-dos y experimentados.</li> <li>• Es necesario el ingreso hospi-talarío (10-14 días).</li> <li>• Entre sus complicaciones se encuentran la sepsis pélvica, la trombosis pélvica y la neumonía. Se pueden formar fistulas uretero-vaginales o vesicovaginales como complicaciones postoperatorias en &lt;1% de las pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es preciso contar con oncólogos médicos formados y experimentados.</li> <li>• Los fármacos qui-mioterápicos son costosos, lo que los hace inaccesibles y no ampliamente disponibles en muchos países.</li> <li>• No es eficaz como tratamiento de primera línea.</li> </ul>		

---

## Estrategias para establecer y afianzar los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino

La provisión del tratamiento del cáncer cervicouterino requiere planificación cuidadosa y organización, que implique a los interesados directos y a personal clave con pericia en el tratamiento del cáncer cervicouterino. Los responsables de la formulación de políticas y los equipos de gestión harán inversiones planificadas y escalonadas en el diagnóstico del cáncer y los servicios terapéuticos, como ha recomendado la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002a). Las mujeres con cáncer cervicouterino serán detectadas en los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, de manera que es importante que se establezcan dichos servicios y se vinculen con los servicios de tratamiento del cáncer disponibles. En los países sin establecimientos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la inversión inicial se centrará en establecer servicios para el diagnóstico clínico, la histopatología, el tratamiento quirúrgico y los cuidados paliativos. Las inversiones en la radioterapia pueden considerarse un paso posterior una vez que se hayan desarrollado y estabilizado los servicios básicos.

Las estrategias para mejorar el acceso a la asistencia oncológica pueden llevarse a cabo en tres niveles: la formulación de políticas, la gestión y la comunidad. Estas estrategias variarán en función de los recursos disponibles y el marco político y legislativo de cada país. Aunque el equipo de gestión generalmente no está involucrado en el nivel de formulación de políticas, es útil comprender las políticas necesarias para apoyar los servicios de tratamiento de cáncer. Además, el equipo de gestión puede tener un papel importante que desempeñar a la hora de incluir a los interesados directos y conseguir partidarios comunitarios.

### Nivel de formulación de políticas

Para brindar un acceso igualitario al tratamiento a todas las pacientes con cáncer cervicouterino es necesario establecer una legislación local o mecanismos para reducir al mínimo las barreras relacionadas con el costo del tratamiento. Este paso requiere recomendar a los interesados directos clave que den prioridad a las pacientes con cáncer en el programa político e implicarlos en esta tarea.

Las decisiones acerca de la modalidad terapéutica también se toman generalmente al nivel de formulación de políticas. Las repercusiones técnicas, programáticas y en los costos de las diversas modalidades de tratamiento se esbozan en el apéndice 10.2 y el cuadro 10.2 como ayuda para esa toma de decisiones. Por ejemplo, los medicamentos quimioterápicos son costosos y no están ampliamente disponibles en muchos países en desarrollo. Sin embargo, la adquisición de estos fármacos de fabricantes de otros países en desarrollo, como Brasil, China, India o Sudáfrica, puede ser más económica y por lo tanto resulta una opción más viable.

Otra estrategia importante de formulación de políticas es la creación de protocolos nacionales para el tratamiento del cáncer cervicouterino. Estos protocolos deben ser apropiados para los recursos disponibles en el país. Esta estrategia incluye los siguientes pasos:

- Establecer un grupo de estudio multidisciplinario para desarrollar protocolos nacionales y revisarlos periódicamente.

- Organizar reuniones para orientar y difundir los protocolos a todo el personal pertinente.
- Asegurarse de que estén disponibles copias de los protocolos para todos los trabajadores de salud pertinentes.

## Nivel de gestión

### Planificación e inversión en los servicios de tratamiento básico centralizados para el cáncer cervicouterino

Aunque sea viable desarrollar servicios quirúrgicos en más de un centro en un país en los niveles de atención secundaria y terciaria, es mejor centralizar la radioterapia y los servicios de quimioterapia en los establecimientos terciarios. Por ejemplo, el número de máquinas de teleterapia (radioterapia externa) que se necesitan depende de la pirámide de edad de la población y de la incidencia nacional del cáncer cervicouterino. Para la mayoría de los países en desarrollo, una máquina es el mínimo requerido para proporcionar tratamiento a una población de unos dos millones de personas.

### Establecimiento de servicios de cirugía radical

Los establecimientos que proporcionan cirugía radical estarán adecuadamente dotados para prestar la atención preoperatoria, operatoria y postoperatoria apropiada. Es crucial el acceso a los servicios de transfusión de sangre, los servicios de laboratorio y un quirófano en pleno funcionamiento con cirujanos, anestesistas y enfermeras de quirófano con formación y experiencia. Se dispondrá de enfermeras instruidas y experimentadas para realizar el control y la atención en el postoperatorio.

### Establecimiento de servicios de radioterapia

Según se indica en el apéndice 10.2, la radioterapia requiere equipo especializado, pero puede usarse para tratar todos los estadios del cáncer cervicouterino, y los ciclos cortos pueden tener un efecto extraordinariamente beneficioso sobre el dolor localizado en las pacientes con cáncer avanzado. Además, las unidades de radioterapia pueden tratar otros cánceres también (por ejemplo, cabeza y cuello, mama, cerebro, próstata). Una vez que se establece una unidad de radioterapia, el costo unitario por paciente tratada disminuye cuanto más se usa la unidad.

Para decidir sobre las necesidades de equipo, el equipo de gestión considerará su costo y utilidad. Por ejemplo, las máquinas de telecobaltoterapia (véase el apéndice 6.4) y los aceleradores lineales pueden usarse para aplicar radioterapia externa. Sin embargo, los aceleradores lineales tienen muy pocas ventajas añadidas respecto a las máquinas de telecobaltoterapia. Éstas son menos costosas que los aceleradores lineales, más fáciles de mantener, tienen tasas de dosis más predecibles y sólo requieren un mantenimiento mínimo. La braquiterapia es esencial para la radioterapia del cáncer cervicouterino. Es útil tener una máquina de braquiterapia de alta tasa de dosis en los países con gran número de pacientes con cáncer cervicouterino, ya que la braquiterapia de alta tasa de dosis puede usarse para tratar un gran número de pacientes sin necesidad de anestesia general o de hospitalización. Los accesorios para la radioterapia, como los dispositivos que ayudan a desarrollar sistemas de planificación del tratamiento, puede incorporarse una vez que el equipo básico esté instalado y se estén prestando los servicios.

El Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) proporciona asistencia técnica y financiera a los Estados Miembros que lo soliciten para establecer y mantener los

servicios de radioterapia y para organizar la formación de los profesionales de radioterapia. Los equipos de gestión pueden contactar con el personal apropiado del OIEA a través del sitio web del organismo ([www.iaea.org](http://www.iaea.org)) o escribiendo a:

ARBR/NAHU  
International Atomic Energy Agency  
P.O. Box 100  
A1400 Viena, Austria

### **Organización de los programas de formación**

Según se trata en el capítulo 8, la organización de un programa de formación para el tratamiento del cáncer cervicouterino incluye centros de formación seleccionados con un número de casos suficiente, instructores experimentados y personas apropiadas para recibir la formación. Se desarrollará un programa de estudios para la formación basado en los protocolos nacionales.

En los países que no tienen servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino, es importante organizar un programa de formación en las disciplinas esenciales relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino para un grupo central de personal. Se recomienda la formación en el país para demostrar las aptitudes y las estrategias de prestación de servicios de una forma más realista que las personas que reciben formación puedan aplicar en sus propios centros. De igual modo, se prefieren los instructores capacitados y experimentados de los países con sistemas de atención sanitaria y socioculturales similares.

En los países en desarrollo que necesiten ampliar la capacidad de los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino, es esencial planificar un programa de formación intensiva y centrada. El personal capacitado y experimentado del país puede impartir

#### **Estudio de casos de las campañas de sensibilización respecto al cáncer cervicouterino**

En Barshi, India, se observó que la distribución de estadios y la supervivencia a los tres años mejoró gradualmente después de las campañas de sensibilización de cáncer cervicouterino. En un estudio de concienciación de la comunidad en curso en el distrito de Solapur, se controló el resultado de un programa de educación sanitaria en un subdistrito en lo que se refiere a la incidencia de cáncer cervicouterino, la distribución de estadios, la supervivencia y la mortalidad, y se comparó con el resultado en una zona testigo de tamaño similar, en la que no se hicieron intervenciones especiales. Los trabajadores sanitarios realizaron la educación sanitaria mediante la comunicación individualizada durante las visitas domiciliarias y mediante sesiones de grupo especiales para las mujeres de los pueblos. Hablaron de diversos aspectos de la higiene genital femenina, incluido el cáncer cervicouterino y sus síntomas, y de los establecimientos de diagnóstico y de tratamiento disponibles en el distrito. Aunque la incidencia fue similar en ambos grupos, la distribución de los estadios y la mortalidad mejoró mucho en el grupo de la intervención cuatro años después de que esta comenzara (Jayant et al. 1995, Parkin y Sankaranarayanan 1999).

la formación. Además, el perfeccionamiento de la instrucción formará parte de todos los programas de formación. Para permitir que los proveedores mantengan sus aptitudes es importante que proveedores instruidos tengan la oportunidad de realizar los procedimientos en establecimientos con un número de casos adecuado.

### **Proporcionar educación y orientación a las pacientes**

Las pacientes tienen derecho a recibir información sobre su diagnóstico médico y su pronóstico, los riesgos y beneficios asociados a sus opciones terapéuticas, y los hechos (por qué acudir, a dónde y con qué frecuencia) referentes a la asistencia complementaria. Las pacientes y sus familias a menudo están abrumadas por la compleja estructura sanitaria administrativa, tienen dificultades para organizar o solicitar ayuda económica y a menudo no conocen que existen dichos beneficios. Los equipos de gestión deben conocer las reglas y los reglamentos relacionados con las políticas de concesión y reembolso de los gastos de viaje y permitirán que las pacientes tengan acceso a estos beneficios. Para garantizar que las pacientes tengan acceso a información actualizada, los programas incluirán los siguientes pasos:

- Desarrollar y proporcionar materiales impresos apropiados y fáciles de comprender en el idioma local.
- Orientar al personal de los establecimientos para que proporcionen información acerca de los temas administrativos, la asistencia social disponible para aumentar el cumplimiento del tratamiento, y los lugares donde recibir asistencia médica en una comunidad o en un establecimiento sanitario local.
- Formar a los trabajadores sanitarios en la comunicación interpersonal y las aptitudes de orientación para mejorar su relación con las pacientes y sus familias.
- Emplear a los trabajadores sanitarios de la comunidad como agentes de comunicación.

### **Actualización de los proveedores de servicios y los gestores sanitarios en los servicios de prevención**

Todos los programas de formación en la prevención del cáncer cervicouterino incluirán una sesión sobre el tratamiento del cáncer cervicouterino, haciendo hincapié en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico con relación a los estadios del cáncer cervicouterino. Se recalcará el mensaje de que el cáncer cervicouterino es a menudo curable si las personas tienen acceso rápido a los servicios de tamizaje y tratamiento.

### **Afianzamiento de los sistemas de información sanitaria, incluidos los registros del cáncer**

Es vital desarrollar sistemas de expedientes médicos para vigilar y evaluar la eficacia del tratamiento de cáncer. Este proceso requiere los siguientes pasos:

- Desarrollar expedientes médicos normalizados para documentar la información sobre los resultados clínicos, los resultados de las investigaciones, la estadificación, los planes terapéuticos, el tratamiento realizado y la respuesta al mismo. Los expedientes también incluirán datos del seguimiento, como la fecha del examen, los resultados y el estado de la enfermedad.
- Organizar auditorías clínicas y revisiones de los expedientes clínicos sistemáticas para comprobar que la documentación de la información

clínica es completa, examinar la gestión y mejorar el tratamiento si fuera necesario.

- Organizar los registros del cáncer hospitalarios para recopilar información sobre todos los casos de cáncer vistos. Obtener la información pertinente de los expedientes médicos y documentarla usando un formato apropiado de una manera continua.
- Organizar registros del cáncer en la población para recopilar información sobre cada persona diagnosticada de cáncer en una población definida de una manera continua. El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) proporciona asistencia técnica para establecer registros del cáncer. Puede encontrar más información en el sitio web del CIIC ([www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)). Se puede contactar con el personal apropiado en la siguiente dirección:

Descriptive Epidemiology Group  
International Agency for Research on Cancer  
150 cours Albert Thomas  
Lyon 69008  
Francia  
Correo electrónico: [dep@iarc.fr](mailto:dep@iarc.fr)

### **Atención descentralizadora de las pacientes con cáncer incurable**

El personal sanitario de los establecimientos de atención primaria y secundaria puede ayudar a las pacientes con cáncer incurable tratando los síntomas de la enfermedad avanzada. También pueden relacionarse con los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) para ayudarles en la asistencia y el seguimiento de las mujeres con cáncer avanzado (los cuidados paliativos se tratan con más detalle más adelante en este capítulo).

### **Establecimiento y mantenimiento de enlaces con la comunidad y con otros servicios sanitarios**

El tratamiento del cáncer requiere de coordinación, usando las estrategias de información y educación centrales y de extensión para asegurar que la información es compartida en diversos entornos, entre los proveedores y con el transcurso del tiempo (es decir, desde el contacto inicial con las pacientes en adelante) (OMS 1990). Una de las responsabilidades fundamentales del equipo de gestión es crear y mantener vínculos entre los diversos servicios dentro de un establecimiento —como servicios de hospitalización, consultas externas, farmacia y unidades de tamizaje y diagnóstico— y entre los centros de servicio y otros establecimientos de la comunidad. La colaboración con organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones comunitarias que prestan servicios relacionados con el cáncer puede ofrecer recursos útiles al equipo de gestión.

Los vínculos con la comunidad se pueden establecer y mantener implicando a trabajadores sanitarios de la comunidad formados para que se comuniquen con las pacientes, las acompañen cuando asistan a recibir tratamiento, hagan el seguimiento de las pacientes que necesitan atención continuada y presten apoyo a las pacientes y a sus familias. El principio de establecimiento de vínculos con la comunidad y entre otros servicios sanitarios se trata detalladamente en el capítulo 6.

## Nivel de la comunidad

Muchas de las barreras para obtener acceso al tratamiento de cáncer se deben a los costos prohibitivos del tratamiento para las pacientes y sus familias. Las siguientes sugerencias para mejorar el acceso a nivel de la comunidad pueden requerir decisiones a escala política sobre la financiación, lo que puede rebasar el mandato del equipo de gestión.

- Reembolsar los gastos de desplazamiento de las pacientes hacia los establecimientos de tratamiento del cáncer y desde ellos. En la India, se concede el viaje en ferrocarril a la paciente con cáncer y a un asistente.
- Proporcionar alojamiento gratuito o subvencionado cuando las pacientes puedan permanecer para finalizar el tratamiento (porque el tratamiento del cáncer a menudo requiere administraciones múltiples durante varios días).
- Prestar asistencia complementaria para reducir la carga social y económica de la enfermedad. Los servicios sociales estarán incluidos como un componente de los servicios de oncología.

Otras estrategias a nivel de la comunidad para aumentar el acceso a los servicios de tratamiento de cáncer pueden ser:

- La prestación de servicios culturalmente apropiados que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres. Hay que considerar los idiomas locales, las creencias y los sentimientos de las pacientes en la planificación de la prestación de servicios. Los trabajadores sanitarios deben conocer la estructura demográfica y social local, así como las posibles barreras culturales y sociales para buscar tratamiento.
- El apoyo a la paciente y su familia para proporcionar asistencia domiciliaria adecuada. Muchos problemas físicos pueden prevenirse o tratarse coordinando esfuerzos entre la paciente, los prestadores de asistencia y los trabajadores sanitarios.
- La movilización de los mecanismos comunitarios será especialmente importante en las áreas donde haya pocos asistentes sociales. Las asociaciones de pacientes o las reuniones de grupo pueden ser muy útiles para compartir información y promover la defensa de servicios de calidad y políticas de protección social.
- Proporcionar a las pacientes, sus familias y los trabajadores sanitarios de la comunidad directrices sencillas y precisas sobre el tratamiento de los síntomas, apoyándolas, cuando sea posible, mediante vínculos de comunicación que permitan "pedir ayuda" cuando sea necesario.

Hay indicios de que la mayor conciencia sobre el cáncer cervicouterino entre los trabajadores sanitarios y el público en general puede aumentar el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino y el acceso al tratamiento básico, lo que puede mejorar la supervivencia (Jayant et al. 1995, Parkin y Sankaranarayanan 1999, Ponten et al. 1995). Los trabajadores sanitarios de la comunidad instruidos pueden proporcionar educación sanitaria a los individuos y grupos, o a una combinación de ambos (véase el recuadro de la página siguiente). Se crearán ayudas de trabajo con imágenes para asistir a los trabajadores sanitarios en la labor de proporcionar educación sanitaria.

## Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos pretenden mejorar la calidad de vida de las pacientes con enfermedad terminal, mediante la prevención, la detección y el alivio temprano de los síntomas angustiantes y de los problemas psicosociales. Implica no sólo la atención integral de una persona con una enfermedad debilitante a la que no se puede aplicar tratamiento curativo, sino también de las necesidades de la familia y de los trabajadores sanitarios. Las características principales de los cuidados paliativos se enumeran a continuación.

### Características de los cuidados paliativos

#### Cuidados paliativos:

- Son aplicables al comienzo del curso de la enfermedad, junto con otros tratamientos, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las pruebas necesarias para conocer y controlar mejor las complicaciones clínicas angustiantes.
- Mejoran la calidad de vida y pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Afirman la vida y consideran la muerte un proceso normal.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia a la paciente.
- Ofrecen apoyo para ayudar a las pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.
- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes.
- Ofrecen apoyo para ayudar a la familia a enfrentarse a la enfermedad terminal y la muerte de la paciente y a su aflicción.
- Usan una estrategia de equipo para tratar las necesidades de las pacientes y de sus familias, incluida la orientación en la aflicción.

### Tipos de servicios de cuidados paliativos

Los cuidados paliativos varían de una persona a otra, ya que hay muchos estadios diferentes de progresión de la enfermedad durante los cuales las necesidades de la paciente y de su familia cambian. Los servicios de cuidados paliativos incluyen el tratamiento hospitalario del dolor avanzado y otros síntomas, la asistencia domiciliaria y el apoyo a la familia y otros prestadores de asistencia, incluida la asistencia psicosocial y espiritual. Por lo tanto, tanto la familia del paciente como una variedad amplia de personal —trabajadores de atención primaria, médicos de atención primaria, enfermeras, médicos, oncólogos, trabajadores sanitarios de la comunidad y asistentes sociales— desempeñan una función en la prestación de cuidados paliativos integrales a la paciente con cáncer avanzado.



## Asistencia integral de las pacientes con cáncer cervicouterino

Un programa eficaz de atención paliativa debe reconocer con prontitud los síntomas del cáncer cervicouterino avanzado y tomar las medidas adecuadas para proporcionar alivio. Hay tres componentes principales de control de los síntomas del cáncer avanzado: el tratamiento del dolor, el tratamiento de otros síntomas y la ayuda con las cuestiones psicosociales inevitablemente asociadas al cáncer cervicouterino avanzado.

**Manejo del dolor** La mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado presentarán dolor, incluido dolor de espalda grave. Se puede controlar el dolor en la mayoría de las pacientes con radioterapia y medicamentos analgésicos apropiados (véase el apéndice 10.3).

**Tratamiento de otros síntomas** Otros síntomas del cáncer cervicouterino avanzado son la hemorragia vaginal, el flujo vaginal maloliente, el edema de piernas, la obstrucción intestinal, la incontinencia urinaria y fecal y las úlceras de decúbito. El cuadro 10.3 proporciona información sobre los síntomas comunes a los que se enfrentan las pacientes, las medidas que pueden usarse para proporcionar alivio y dónde se pueden prestar estos servicios. Muchos síntomas se pueden controlar mediante procedimientos sencillos realizados por el personal existente y usando los establecimientos ya presentes. La tarea del equipo de gestión es determinar quién puede prestar estos servicios, dónde se pueden proporcionar y qué pacientes deben ser remitidas a otros establecimientos u organizaciones.

**Cuestiones psicosociales** La ayuda con los temas psicosociales requerirá sensibilidad respecto a la cultura local y la alteración de la vida familiar inherente al cambio de estado de la paciente. Los prestadores de asistencia deben comprender la filosofía de los cuidados paliativos, que se resume brevemente en este capítulo.

## Asistencia domiciliaria

Los miembros de la familia pueden actuar como prestadores de asistencia primarios, prestando cuidados paliativos en el propio hogar de la paciente. En muchos casos, es la única opción para las mujeres que viven en zonas remotas. Sin embargo, la asistencia domiciliaria puede fracasar si la red informal se estresa demasiado debido a la progresión de la enfermedad, la intensidad de tratamiento o la reducción de recursos. Por tanto, la prestación de apoyo emocional, social e instrumental a las familias y los prestadores de asistencia es un componente vital de los cuidados paliativos. Un trabajador sanitario de la comunidad puede recibir formación para evaluar a la paciente y puede prometer estar disponible cuando surja la necesidad, visitar a la paciente en su domicilio regularmente y prestar atención, ayuda práctica y apoyo emocional. Los trabajadores sanitarios de la comunidad también pueden apoyar a quienes prestan cuidados paliativos domiciliarios, por ejemplo enseñando a los miembros de la familia a administrar los medicamentos y a usar sencillas técnicas para mejorar la comodidad y el bienestar de la paciente. Los trabajadores sanitarios pueden organizar sesiones educativas sobre el tratamiento de los síntomas con las pacientes, las familias y otros prestadores de asistencia.

## Apoyo psicosocial y espiritual

El sufrimiento psicológico es de esperar cuando las pacientes se enfrentan a las implicaciones del cáncer: el dolor, la dependencia de otros, la discapacidad, los cambios corporales desfigurantes, la pérdida de funciones y la muerte —todo lo cual cambia y a veces amenaza sus relaciones con otros. En muchos casos, las pacientes sufren miedo, choque emocional, desesperación, ira, ansiedad y depresión. Estos sentimientos pueden

influir negativamente en la percepción de los síntomas por parte de la paciente y en su capacidad de lidiar con ellos. La prestación de apoyo emocional, psicosocial y espiritual puede aliviar estos sentimientos y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### **Temas éticos de la prestación de cuidados paliativos**

Debido a los adelantos en la tecnología médica, la familia de la paciente con cáncer puede verse en la disyuntiva de decidir si se prosiguen los tratamientos intensivos y costosos (por ejemplo, la quimioterapia paliativa) para prolongar la vida de la paciente. Las decisiones terapéuticas siempre se tomarán con consentimiento fundamentado. Cuando sea posible, la paciente, junto con su familia y otros prestadores de asistencia, tomará estas decisiones.

## **Estrategias para establecer y mantener los servicios de cuidados paliativos**

### **Superación de barreras para la ejecución de los cuidados paliativos**

La prestación de cuidados paliativos de calidad es todo un reto en la mayoría de las regiones del mundo, debido a los problemas asociados a la disponibilidad de la medicación, la infraestructura sanitaria deficiente, la carencia de formación de los proveedores, la falta de aptitudes de orientación, el malestar al hablar sobre el diagnóstico y el tratamiento con las pacientes y la falta de conciencia de la comunidad sobre las opciones de cuidados paliativos. Por ejemplo, los trabajadores sanitarios y los responsables de la formulación de políticas a menudo no saben que existen formas baratas y eficaces de aliviar los síntomas del cáncer avanzado.

Sin embargo, durante los últimos años la función de los cuidados paliativos ha sido ampliamente aceptada como parte integrante del tratamiento del cáncer en las primeras etapas de esta enfermedad mortal. Tal reconocimiento ha mejorado las vidas de millones de pacientes con dolor crónico no aliviado y con otros problemas físicos o psicosociales. De todos modos, queda mucho por hacer para mejorar aún más estas cuestiones. Cuando estén disponibles, se usarán en los cuidados paliativos tratamientos específicos (por ejemplo, radioterapia, quimioterapia, medicamentos analgésicos), porque tienen un papel importante en la mejora de la calidad de vida de la paciente. También es importante trabajar conjuntamente con otros programas comunitarios existentes. Esta sección describe las intervenciones clave necesarias para aumentar el acceso a los cuidados paliativos en los países en desarrollo.

La falta de conocimiento y de actitudes de los responsables de la formulación de políticas y los trabajadores sanitarios son las barreras principales para prestar cuidados paliativos eficaces. Los equipos de gestión pueden desempeñar un papel importante organizando la defensa necesaria para garantizar que los medicamentos analgésicos para el dolor sean accesibles (en cuanto a disponibilidad y costo) para las mujeres con cáncer terminal, en particular para las que viven en zonas remotas. El cuadro 10.4 describe otras barreras para el manejo eficaz del dolor.

**CUADRO 10.3. Tratamiento de los síntomas físicos del cáncer cervicouterino avanzado (la información sobre el alivio del dolor se encuentra en el apéndice 10.2)**

Síntomas	Qué se puede hacer	Quién puede prestar los servicios	Dónde prestar los servicios
Hemorragia vaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia moderada: compresas vaginales y sedantes orales para aliviar la ansiedad; hierro por vía oral.</li> <li>Hemorragia intratable: ciclos cortos de la radioterapia. Puede usarse la braquiterapia o la teleterapia.</li> </ul>	<p>Cualquier trabajador sanitario instruido</p> <p>Radioterapeuta</p>	<p>Establecimientos primarios, secundarios y terciarios</p> <p>Establecimiento terciario</p>
Exudado vaginal maloliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introducción periódica en la vagina de telas limpias embebidas de una solución de agua y polvo de bicarbonato de sodio (1 cucharada en 500 ml de agua), o vinagre de mesa (1 parte de vinagre en 4 partes de agua) o solución de metronidazol (5 a 10 comprimidos de 200 mg aplastados disueltos en 500 ml de agua). Se repite dos veces al día durante no más que unas pocas horas cada vez durante cinco días. También se puede hacer una ducha vaginal con cualquiera de las soluciones ya mencionadas.</li> <li>Ciclo de antibióticos como la doxiciclina (sola) o una combinación de amoxicilina y metronidazol.</li> </ul>	Cualquier trabajador sanitario instruido	Asistencia domiciliaria; establecimientos primarios, secundarios y terciarios
Edema de pierna (edema linfático)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Levantar las piernas o envolverlas con una venda elástica de crepe (no demasiado apretada).</li> <li>Si la pierna está inflamada, se administra un ciclo de antibióticos (penicilina o eritromicina) y medicamentos antiinflamatorios (como ibuprofeno o diclofenaco).</li> <li>Ciclo breve de radioterapia en los ganglios linfáticos aumentados de tamaño o quimioterapia.</li> </ul>	<p>Cualquier trabajador sanitario instruido</p> <p>Radioterapeuta</p>	<p>Asistencia domiciliaria; establecimientos primarios, secundarios y terciarios</p> <p>Establecimiento terciario</p>

Síntomas	Qué se puede hacer	Quién puede prestar los servicios	Dónde prestar los servicios
Dolor abdominal cólico, intenso, con vómitos y distensión abdominal debida a la obstrucción intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>El tratamiento quirúrgico es más eficaz.</li> </ul>	Cirujano general	Establecimiento secundario o terciario
Incontinencia urinaria o fecal debida a fístula vesicovaginal o rectovaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cateterismo vesical y compresa vaginal.</li> <li>El tratamiento quirúrgico mediante colostomía de remisión y las bolsas de colostomía proporcionarán alivio temporal.</li> </ul>	Cualquier trabajador sanitario instruido	Establecimiento primarios, secundarios y terciarios
Anemia grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hierro por vía oral.</li> <li>Transfusión de sangre.</li> </ul>	Cirujano	Establecimiento secundario o terciario
Úlceras de decúbito	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es mejor prevenir mediante el cambio frecuente de posición de la paciente para aliviar la presión en puntos específicos de la piel. Baños diarios.</li> <li>Si ya se han formado úlceras de decúbito: hay que procurar que la paciente se acueste en un colchón blando y acolchar las zonas con almohadas o telas plegadas debajo de los puntos de presión. Se lavarán las úlceras de decúbito todos los días con agua oxigenada al 2% o povidona yodada. Se aplican polvos antibióticos en las heridas. Pueden ser útiles los ciclos de antibióticos.</li> </ul>	Cualquier trabajador sanitario formado	Asistencia domiciliaria; establecimientos primarios, secundarios y terciarios
		Trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras)	Establecimiento secundario o terciario
		Prestador de asistencia: familia, miembro de la comunidad	Domicilio
		Cualquier trabajador sanitario instruido	Establecimiento primario, secundario o terciario

## CUADRO 10.4. Barreras para el manejo del dolor canceroso

Barreras relacionadas con los proveedores de servicios	Barreras relacionadas con las pacientes
<p><b>Sistema sanitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Baja prioridad dada al tratamiento de dolor canceroso</li> <li>Reglamentación restrictiva de las sustancias controladas</li> <li>Imposibilidad de disponer del tratamiento</li> <li>Costos prohibitivos de los medicamentos</li> </ul> <p><b>Profesionales sanitarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento inadecuado del tratamiento del dolor</li> <li>Evaluación deficiente del dolor</li> <li>Inquietud por la reglamentación de las sustancias controladas</li> <li>Miedo a la adicción de las pacientes</li> <li>Temor a los efectos colaterales de los analgésicos</li> <li>Preocupación por la posibilidad de que las pacientes se hagan tolerantes a los analgésicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupación por distraer a los médicos del tratamiento de la enfermedad de fondo</li> <li>Inquietud por no ser una "buena paciente"</li> <li>Incapacidad para pagar el tratamiento del dolor</li> <li>Renuencia a notificar el dolor</li> <li>Resistencia a tomar los analgésicos o narcóticos</li> <li>Temor de que el dolor signifique que la enfermedad empeora</li> <li>Inquietud por hacerse tolerante a los analgésicos</li> <li>Miedo a la adicción o a ser considerada una drogadicta</li> <li>Preocupación por los efectos colaterales no tratables</li> </ul>

## Intervenciones para mejorar el acceso al tratamiento del dolor

Las intervenciones para mejorar el acceso al tratamiento del dolor pueden considerarse tanto a nivel de política como de gestión.

### Intervenciones políticas

Los responsables de la formulación de políticas y los administradores sanitarios tienen un papel importante que desempeñar en la defensa de un marco legislativo apropiado para el tratamiento del dolor. En primer lugar, la política nacional respecto a los fármacos debe incorporar la lista de medicamentos esenciales de la OMS (OMS 1992), que incluye analgésicos apropiados para los cuidados paliativos. En segundo lugar, se fijarán unos precios apropiados y razonables y se establecerá la legislación social para apoyar los sistemas de distribución y otros mecanismos para garantizar el acceso al tratamiento del dolor para todas las pacientes. Además, es vital que estén vigentes los reglamentos que permitan a los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos recetar, dispensar y administrar opioides a las pacientes según las necesidades locales (OMS 1996).

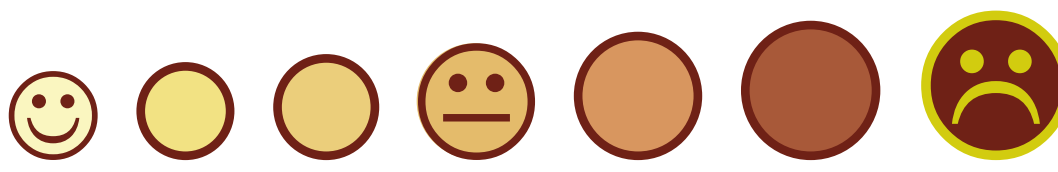
### Intervenciones asistenciales

Las publicaciones y las directrices de la OMS para el alivio del dolor canceroso y otros aspectos de los cuidados paliativos son fuentes útiles de información para organizar los servicios de alivio del dolor (OMS 1990, OMS 1996, OMS 1998a, OMS 1998b, OMS 2002a, OMS 2002b). Éstos son los requisitos clave que los gestores de atención sanitaria deben cumplir:

- Garantizar la disponibilidad de los analgésicos usados habitualmente. En este sentido es importante asignar recursos para obtener, distribuir y reponer los suministros de los analgésicos apropiados. Consúltense en el apéndice 10.3 la lista de los analgésicos usados comúnmente para aliviar el dolor canceroso.

- Promover métodos para ayudar a los trabajadores sanitarios a evaluar la gravedad del dolor y decidir el tratamiento, así como para valorar la respuesta a las medidas de alivio del dolor. Se pueden usar métodos sencillos como números, palabras o sistemas analógicos visuales —por ejemplo, usando monedas de diferentes tamaños para inducir a las pacientes a categorizar la intensidad de su dolor. La documentación regular de la gravedad del dolor durante el tratamiento ayuda a evaluar la terapia analgésica. La figura 10.1 es un ejemplo de un sistema analógico visual.

**FIGURA 10.1.** Herramienta visual para la evaluación del dolor



- Adoptar la escalera analgésica en tres peldaños de la OMS como protocolo de tratamiento. En el primer paso se usarán analgésicos no opioides sencillos, como el paracetamol o el ácido acetilsalicílico. Si el analgésico no opioide no alivia el dolor, se pasa al siguiente paso y se agrega un opioide débil, como la codeína o la dihidrocodeína. Si esto no logra aliviar el dolor, se usará un opioide fuerte, como la morfina, como tercer paso. Los fármacos adicionales (coadyuvantes), como la amitriptilina, se usan para tratar el dolor neuropático u osteomuscular. Los medicamentos antiinflamatorios, como el ibuprofeno o el diclofenaco, se agregan cuando la enfermedad afecta a los huesos.
- Garantizar que los proveedores estén orientados a los protocolos de tratamiento del dolor y al marco normativo para el uso de analgésicos. Los protocolos recalcarán los principios importantes del uso de analgésicos para el alivio del dolor del cáncer cervicouterino: proporcionar la administración oral de los analgésicos, usar la escalera analgésica en tres peldaños de la OMS en la prescripción para el alivio del dolor, administrar los analgésicos regularmente (por reloj), adaptar la dosis para satisfacer las necesidades de la paciente, y proporcionar instrucciones claras sobre el régimen a la paciente y a su familia. En el cáncer terminal, las inquietudes por la posible adicción son irrelevantes. Generalmente las dosis de opioides aumentan porque el dolor se incrementa a medida que progresa la enfermedad, no porque las pacientes desarrollen tolerancia al medicamento o dependencia psicológica.
- Comprobar que se dan instrucciones claras, por escrito o ilustradas, respecto al régimen medicamentoso y que se entregan a la paciente, su familia y otros prestadores de asistencia.

## Otras intervenciones

### **Garantizar el tratamiento de otros síntomas físicos**

El cuadro 10.3 presenta información sobre las medidas que pueden emplearse para aliviar otros síntomas físicos del cáncer cervicouterino y sobre dónde se pueden proporcionar estos servicios. Cuando esté disponible, la radioterapia paliativa puede usarse para aliviar síntomas como la hemorragia grave, el dolor óseo debido a las metástasis y el edema de las piernas. La radioterapia paliativa es particularmente eficaz aliviando el dolor de las metástasis óseas. Los departamentos de radioterapia pueden reservar días especiales de la semana para administrar radioterapia paliativa, de modo que se garantice el acceso de las pacientes con cáncer avanzado. Los manuales prácticos de PATH y EngenderHealth sobre los elementos esenciales de los cuidados paliativos son fuentes útiles de referencia para todos los trabajadores sanitarios (véase la bibliografía complementaria).

### **Mejorar las aptitudes de orientación de los trabajadores sanitarios**

Es importante que los proveedores de cuidados paliativos tengan buenas aptitudes de comunicación. La formación de los trabajadores sanitarios en las habilidades de comunicación interpersonal y orientación que les ayuden a hablar sobre el cáncer y la muerte con las pacientes y las familias debe ser parte esencial de todos los programas de formación en el cáncer cervicouterino. La formación en cuanto a la orientación es esencial para que los trabajadores sanitarios puedan responder eficazmente a las necesidades complejas de las pacientes para las que ya no existe curación.

Muchas pacientes tienen temores y creencias que les hacen difícil aceptar el final de los cuidados paliativos. Se sienten abandonadas y aisladas porque el sistema médico las ha "dejado de lado". Los trabajadores sanitarios serán conscientes de su papel importante dando apoyo psicológico y emocional a la paciente y a su familia en esta situación. También tienen la importante función de facultar a las pacientes para que busquen tratamiento para el dolor y lo acepten.

### **Asistencia domiciliaria: pasos para apoyar a las pacientes, las familias y los prestadores de asistencia**

Los equipos de gestión pueden desempeñar un papel importante apoyando la asistencia domiciliaria de las pacientes con cáncer mediante la adopción de las siguientes medidas:

- Formar e implicar a los trabajadores sanitarios de la comunidad para que presten cuidados paliativos y apoyo psicosocial domiciliario a las pacientes y sus familias. Estos tipos de atención serán un componente esencial de la formación impartida a los trabajadores sanitarios de la comunidad involucrados en las actividades de prevención. Para que los trabajadores sanitarios de la comunidad puedan prestar atención apropiada es importante proporcionarles ayudas de trabajo, acceso a los suministros esenciales, tutoría y supervisión así como vínculos con el personal de los establecimientos apropiados.
- Organizar sesiones formativas sobre el tratamiento de los síntomas para las pacientes, las familias y otros prestadores de asistencia.
- Organizar redes sociales para ayudar a que las pacientes, las familias y otros prestadores de asistencia hagan frente a la carga social, emocional y

económica del tratamiento del cáncer cervicouterino, incluidas las reuniones de grupo ordinarias para compartir la información y prestar apoyo social y psicológico.

- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad disponibles y sobre la remuneración de los costos de transporte. Se puede obtener información escrita útil en el sitio web de la International Association for Hospice and Palliative Care (asociación internacional de cuidados paliativos), en [www.hospicecare.com](http://www.hospicecare.com).

### **Estrategias para apoyar los aspectos psicosociales y espirituales**

Este apoyo puede adoptar muchas formas, según el contexto social y cultural.

- Las reuniones en grupo de mujeres con enfermedad avanzada son útiles porque los grupos promueven el aprendizaje emocional, alivian la ansiedad al permitir que las pacientes vean cómo otras hacen frente a los mismos problemas y promueven la expresión de los sentimientos sin temor al ridículo.
- Si está disponible, se ofrecerá la psicoterapia como parte del tratamiento.
- El consejo espiritual es significativo para muchas pacientes si recurren a su religión durante la crisis existencial que suscita el cáncer.

Para mayor información sobre el afianzamiento de los servicios de cuidados paliativos, consúltese las publicaciones de la OMS *Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y normas de gestión*, 2ª edición, y *Asistencia domiciliaria en la comunidad en entornos con recursos limitados: un marco para la acción* (y véase la bibliografía complementaria).

---

## **Conclusiones**

Los servicios de prevención del cáncer cervicouterino se vincularán a los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino y de cuidados paliativos. A partir de la experiencia de la ACCP, los colaboradores, y los socios en los países, se pueden describir dos estrategias para reducir la carga de morbilidad por cáncer cervicouterino.

Los países sin radioterapia, cirugía radical o quimioterapia se centrarán en:

- Establecer y afianzar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino para reducir la necesidad futura de servicios de tratamiento que consuman más recursos.
- Establecer y afianzar los servicios de cuidados paliativos en todos los niveles de establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria.
- Hacer planes y comenzar a invertir en servicios centralizados básicos de tratamiento del cáncer cervicouterino.

Los países con servicios limitados de tratamiento de cáncer cervicouterino se centrarán en:

- Establecer y afianzar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino para reducir la necesidad futura de servicios de tratamiento que consuman más recursos.



- Establecer y afianzar los servicios de cuidados paliativos en todos los niveles de establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria.
- Afianzar y aumentar la disponibilidad de la cirugía radical, si existe esa posibilidad.
- Afianzar y aumentar el acceso a los servicios de radioterapia disponibles.

---

## Bibliografía complementaria

Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2000;70(2):209-262.

De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Nueva York: J.B. Lippincott Company; 2001.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee on Gynecological Oncology. *Staging Classification and Clinical Practice Guidelines for Gynecological Cancers*. Londres: Elsevier; 2000.

International Union Against Cancer (UICC). *Manual of Clinical Oncology*. 7th ed. Nueva York: Wiley-Liss; 1999.

PATH. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenia Field Manual*. Seattle: PATH; 2003[b].

PATH, EngenderHealth. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual*. Seattle: PATH/EngenderHealth; 2003.

Stewart BW, Kleihues P, eds. *World Cancer Report*. Lyon, Francia: IARCPress; 2003.

World Health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 1996.

WHO. *Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Ginebra: OMS; 2002[b].

WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Global Report. Non-Communicable Diseases and Mental Health. Ginebra: OMS; 2001[b].

WHO. *Narcotic and Psychotropic Drugs: Achieving Balance in National Opioid Control Policy. Guidelines for Assessment*. Ginebra: OMS; 2000.

WHO. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

WHO. *The Use of Essential Drugs*. Report of the WHO Expert Committee. Ginebra: OMS; 1992. WHO Technical Report Series, No. 825.

## Sitios web útiles

El Programa de Cuidados Paliativos de Edmonton: [www.palliative.org/](http://www.palliative.org/)

McGill Cancer Nutrition - Programa de Rehabilitación: [www.mcgill.ca/cnr](http://www.mcgill.ca/cnr)

Cuidados Paliativos de la OMS: [www.who.int/cancer/palliative/en](http://www.who.int/cancer/palliative/en)

## Apéndice 10.1. Aspectos técnicos y programáticos de las opciones terapéuticas para el cáncer cervicouterino

Características	Cirugía radical	Radioterapia		Quimioterapia
		Intracavitaria (braquiterapia)	Externa (teleterapia)	
<b>Descripción</b>	<p>Procedimiento de cirugía mayor realizado bajo anestesia general. Incluye la extirpación del cuello uterino, el útero (con o sin ovarios), el tejido paramétrico, la parte superior de la vagina y los ganglios linfáticos de la pelvis. Requiere la disección cuidadosa de ambos uréteres.</p>	<p>Incluye la administración de radiación usando fuentes radiactivas en aplicadores especiales colocados en el conducto cervicouterino y los fondos de sacos vaginales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dos tipos: baja tasa de dosis, por ejemplo, cesio-137 (el tratamiento dura 1-3 días) y alta tasa de dosis, por ejemplo, iridio-192 (el tratamiento dura unos pocos minutos)</li> </ul>	<p>Incluye la administración de un haz de radiación al cáncer a partir de una fuente externa, es decir, la máquina de teleterapia. Las máquinas de teleterapia o los aceleradores lineales pueden usarse para aplicar la radioterapia externa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los agentes más comunes son el cisplatino o el carboplatino administrados en infusión intravenosa (IV).</li> </ul>
<b>Indicación</b>	Fases iniciales (Estadio I y casos seleccionados en estadio IIA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los estadios, incluidos los cuidados paliativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los estadios, incluidos los cuidados paliativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadios avanzados (en combinación con la radioterapia).</li> <li>Cuidados paliativos.</li> <li>Enfermedad recidivante.</li> </ul>
<b>Nivel del establecimiento</b>	<p>El tratamiento para el cáncer se centraliza y se proporciona en establecimientos de nivel terciario. La cirugía radical es posible en algunos hospitales de nivel secundario.</p>			

Características	Cirugía radical	Radioterapia		Quimioterapia
		Intracavitaria (braquiterapia)	Externa (teleterapia)	
<p><b>Personal necesario</b> (un equipo multidisciplinario aplica mejor tratamiento del cáncer)</p>	<p>Ginecólogos expertos en cirugía radical pélvica, anestesiastas, anatomopatólogos, enfermeras con experiencia en una amplia gama de tratamientos oncológicos, consejeros y asistentes sociales expertos en orientación psicosocial.</p>	<p>Oncólogos radioterapeutas, físicos, técnicos de radioterapia, enfermeras con experiencia en radioterapia y oncología, consejeros y asistentes sociales expertos en orientación psicosocial.</p>	<p>Médicos y enfermeras expertos en la administración de quimioterapia, consejeros y asistentes sociales con experiencia en la orientación psicosocial.</p>	
<p><b>Costo del establecimiento y mantenimiento de los servicios</b></p>	<p>Un quirófano con equipo necesario e instrumentos quirúrgicos para realizar la cirugía radical puede costar \$15.000 aproximadamente.</p>	<p>El costo de las máquinas de braquiterapia de baja tasa de dosis (disponibles con menor frecuencia) con fuentes que duran 15-20 años puede oscilar entre \$80.000 y \$300.000. Con una sola máquina se puede tratar anualmente a 100 pacientes con cáncer cervicouterino. Las máquinas de braquiterapia de alta tasa de dosis (más comúnmente disponibles), incluido un suministro de 5 años de fuentes a intervalos cuatrimestrales, cuestan cerca de \$250.000. Posteriormente se necesitan \$35.000 al año. Cada máquina puede tratar hasta 1.000-2.000 pacientes por año, lo que las hace más rentables en un servicio centralizado.</p>	<p>El equipo de telecobaltoterapia puede costar cerca de \$350.000, y la fuente debe cambiarse cada 5-7 años, con un costo de \$80.000. Durante su vida media de 20-25 años, se puede tratar a 20.000-25.000 pacientes. Los aceleradores lineales son más costosos de adquirir y mantener (aproximadamente un millón de dólares la adquisición, dependiendo del rango de energía y la disponibilidad de electrones). Además, requiere un mantenimiento (un contrato de servicio cuesta \$100.000 anuales) y una calibración completos.</p>	<p>Los costos de los medicamentos quimioterápicos varían de un país a otro. Un curso completo de tratamiento (que consta de 5 ciclos de administración a intervalos semanales) puede costar de \$200 a \$1.000 por paciente en muchos países en desarrollo.</p>

Características	Cirugía radical	Radioterapia	Externa (teleterapia)	Quimioterapia
<b>Duración del ingreso y del tratamiento hospitalario</b>	Duración de la hospitalización de 10-14 días.	<p>La braquiterapia de baja tasa de dosis requiere generalmente un único ingreso hospitalario de 2-3 días.</p> <p>Se necesita un quirófano para colocar el catéter intrauterino y los ovoides bajo anestesia general.</p> <p>La braquiterapia de alta tasa de dosis se realiza como procedimiento ambulatorio y no suele requerir anestesia general.</p>	<p>Realizado como procedimiento ambulatorio para pacientes que viven cerca del establecimiento. El tratamiento diario dura 10-15 minutos. Se administran unos 20-25 tratamientos a lo largo de 4-5 semanas (5-6 tratamientos por semana).</p> <p>Se darán instrucciones claras sobre el cuidado de la piel para evitar la reacción aguda más común, pero algunas pacientes pueden requerir el ingreso al final del tratamiento por presentar reacciones cutáneas.</p>	Se puede administrar de forma ambulatoria, en ciclos semanales durante 5 semanas. Será preciso administrar tratamiento preventivo contra los vómitos graves.

## Apéndice 10.2. Analgésicos comúnmente usados para el alivio del dolor canceroso

Categoría	Medicamento *
Paso 1 de la OMS (dolor leve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol</li> <li>• Aspirina</li> <li>• Ibuprofeno</li> <li>• Diclofenaco</li> <li>• Naproxeno</li> <li>• Piroxicam</li> </ul>
Paso 2 de la OMS (dolor moderado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codeína</li> <li>• Dihidrocodeína</li> <li>• Oxidona</li> </ul>
Paso 3 de la OMS (dolor intenso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfina (liberación inmediata)</li> <li>• Morfina (liberación sostenida)</li> </ul>
<p>Medicamentos coadyuvantes para:</p> <p>Dolor neuropático y osteomuscular.</p> <p>Dolor óseo y nervioso maligno y alivio de la compresión de la médula espinal.</p> <p>Dolor neuropático paroxístico urente o similar a un choque eléctrico.</p> <p>Dolor debido a obstrucción intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitriptilina</li> <li>• Dexametasona/prednisona</li> <li>• Carbamazepina/ácido valproico</li> <li>• Octreotida</li> </ul>

\* Para las dosis, consúltese PATH y EngenderHealth 2003.

---

## Apéndice 10.3. Clasificación por estadios FIGO del cáncer cervicouterino

### Estadio I

El **estadio I** es el carcinoma estrictamente limitado al cuello uterino; no se tendrá en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 se basará en el examen microscópico del tejido extirpado, preferentemente un cono, que debe incluir toda la lesión.

**Estadio IA:** Cáncer invasor identificado sólo microscópicamente. La invasión se limita a una invasión estrómicada medida con una profundidad máxima de 5 mm y no mayor de 7 mm.

**Estadio IA1:** Invasión medida del estroma no mayor de 3 mm de profundidad ni mayor de 7 mm de diámetro.

**Estadio IA2:** Invasión medida del estroma mayor de 3 mm pero no mayor de 5 mm de profundidad ni mayor de 7 mm de diámetro.

**Estadio IB:** Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas mayores que las del estadio IA. Todas las lesiones macroscópicas, incluso con invasión superficial, son cánceres en estadio IB.

**Estadio IB1:** Lesiones clínicas no mayores de 4 cm.

**Estadio IB2:** Lesiones clínicas mayores de 4 cm.

### Estadio II

El **estadio II** es el carcinoma que se extiende más allá del cuello uterino, pero no a la pared pélvica. El carcinoma afecta a la vagina, pero no llega hasta el tercio inferior.

**Estadio IIA:** No hay ninguna afectación obvia del parametrio. Afecta hasta los dos tercios superiores de la vagina.

**Estadio IIB:** Es evidente la afectación del parametrio, pero no de la pared pélvica.

### Estadio III

El **estadio III** es el carcinoma que se ha extendido a la pared lateral pélvica. En el examen rectal, no hay ningún espacio sin cáncer entre el tumor y la pared lateral pélvica. El tumor incluye el tercio inferior de la vagina. Todos los casos con hidronefrosis o un riñón no funcionando son cánceres en estadio III.

**Estadio IIIA:** No hay extensión a la pared lateral pélvica, pero está afectado el tercio inferior de la vagina.

**Estadio IIIB:** Extensión a la pared lateral pélvica o hidronefrosis o riñón no funcionando.

### Estadio IV

El **estadio IV** es el carcinoma que ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga urinaria o del recto.

**Estadio IVA:** Propagación del tumor a los órganos pélvicos adyacentes.

**Estadio IVB:** Propagación a órganos distantes.