



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

SEXUALIDAD EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE CÉRVIX

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN
ONCOLOGÍA MÉDICA

LUZ ANGELICA ROJAS QUISPE

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

DR. ROSANNA ELVIRA MORALES GUZMAN BARRON

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DR. CARLOS AYESTAS PORTUGAL

PRESIDENTE

DRA. TATIANA VIDAURRE ROJAS

VOCAL

DR. JOSE LUIS ROJAS VILCA

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mis amados esposo e hijos, por ser motivo
de fortaleza y lucha cada día de mi vida.
A mis padres por enseñarme a perseguir mis sueños.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios que cada día nos llena de vida, salud y amor.
A todos los maestros que me han guiado para mejorar cada día.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Trabajo de investigación Autofinanciado



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ROJAS QUISPE LUZ ANGELICA

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertencientes al programa de la **MAESTRÍA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA MÉDICA**, autores del trabajo titulado: **SEXUALIDAD EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE CÉRVIX**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA MÉDICA** bajo la modalidad de **PORTAFOLIO**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	MORALES GUZMAN BARRON ROSANNA ELVIRA	EPGVAC	MAESTRÍA

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **17%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2761005576**; fecha de entrega: **24-09-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 24 de septiembre de 2025**

Firma del asesor
N° DNI: 07842991
ORCID: 0000-0002-0053-0744

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN
ABSTRACT

I.	DESARROLLO DE LOS TRABAJOS.....	1
1.1.	Trabajo 1: Proyecto de Investigación: CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX SOMETIDAS A RADIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE LAMBAYEQUE, 2022-2024	1
1.2.	Trabajo 2: Revisión Temática Narrativa: SEXUALIDAD EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE CÉRVIX.....	16
1.3.	Trabajo 3: Plan de capacitación: SEXUALIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CÉRVIX	43
II.	CONCLUSIONES	64
III.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
IV.	ANEXOS	

RESUMEN

El cáncer de cérvix es un problema de salud pública en nuestro país, según las cifras de incidencia y prevalencia de las principales organizaciones nacionales y mundiales.

La sexualidad es un componente esencial de la calidad de vida de todas las personas, y ésta se ve impactada negativamente desde el momento del diagnóstico de cáncer de cérvix. Los tratamientos que se aplican incluyen: cirugía, quimioterapia y radioterapia, los que si bien es cierto, han permitido incrementar notoriamente las tasas de supervivencia, pueden tener efectos secundarios en la sexualidad de las pacientes, abarcando síntomas físicos y psicoemocionales, como: dispareunia, cambios vaginales como atrofia, estenosis o estrechez, menopausia precoz, cambios en la autopercepción del cuerpo, reducción de la autoestima, sentimientos de ansiedad, depresión, temor a la muerte, entre otros.

A pesar que el desmedro de la calidad de vida sexual y global es notorio, y se evidencia en un gran porcentaje de pacientes, el tema es poco tratado durante la consulta médica por factores que abarcan tanto a las pacientes como al personal de salud y que se ven influenciados por creencias sociales, religiosas y culturales.

Por esta razón, es crucial resaltar que se necesita continuar investigando el tema y capacitando al personal de salud para que pueda abordarlo con asertividad y así poder brindar las medidas necesarias para el alivio de la sintomatología física, psicológica y emocional.

PALABRAS CLAVE

CÁNCER DE CÉRVIX, DISFUNCIONES SEXUALES, CALIDAD DE VIDA, ONCOSEXOLOGÍA.

ABSTRACT

Cervical cancer is still a public health problem in our country, according to incidence and prevalence figures of the main national and world organizations.

Sexuality is an essential component of quality of life of all people, and this is negatively impacted from the moment of diagnosis of cervical cancer, generating symptoms such as bleeding, descents, pelvic pain and emotional distress.

The treatments that are applied may include: surgery, chemotherapy and radiotherapy; which, although it is true, have allowed a notorious increase in survival rates, may have harmful side effects on the sexuality of patients, including physical and psycho-emotional symptoms, including the following conditions: dyspareunia, vaginal changes such as atrophy, stenosis or tightness, early menopause, changes in body self-perception, reduced self-esteem, feelings of anxiety, depression, fear of death, among other.

Despite the fact that the deterioration of sexual and overall quality of life is notorious, and is evident in a large percentage of patients, the issue is little addressed during medical consultation due to factors that involve both patients and health personnel and that are influenced by social, religious and cultural beliefs.

For this reason, it is crucial to highlight the need to continue researching the topic and training health personals, so that they can approach it with assertiveness, and thus be able to provide the necessary measures to alleviate physical, psychological and emotional symptoms.

KEYWORDS

CERVICAL CANCER, SEXUAL DYSFUNCTIONS, QUALITY OF LIFE, ONCOSEXOLOGY.

I. DESARROLLO DE LOS TRABAJOS

1.1 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX SOMETIDAS A RADIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE LAMBAYEQUE, 2022-2024

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix sigue siendo un problema de salud pública en el Perú ya que ocupa el segundo puesto en incidencia en las mujeres peruanas con un 11.5% de todos los cánceres y la segunda causa de mortalidad en mujeres con 12.3% (1).

A pesar de las mejoras en tamizaje, diagnóstico temprano y por ende tratamiento precoz, esta patología aún prevalece y condiciona una elevada morbilidad, no solo por la enfermedad per se y las consecuencias patológicas de carácter biológico, sino por las consecuencias de los diversos tratamientos requeridos para enfrentarla, o el impacto emocional que ambos generan; con implicancias en todas las esferas de la calidad de vida. (2) (3)

Conforme aumenta el número de sobrevivientes, se observa también el acúmulo de complicaciones; y hay esferas, como la sexual, que son poco abordadas tanto por los profesionales como por los propios pacientes, por distintas razones. (2) (4)

Por todo lo anterior, surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la calidad de vida sexual en pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix sometidas a radioterapia en el Hospital Regional Lambayeque, 2022 - 2024?

B. INTRODUCCIÓN

Las neoplasias con mayor incidencia en las mujeres son el cáncer de mama, en primer lugar, con 19,5%, y en segundo lugar el cáncer de cérvix con 11,4%, según datos estimados aportados por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer - GLOBOCAN 2020 (1). Esta misma fuente, indica específicamente que el cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix tiene una tasa de incidencia de 23,2 por cada 100000 habitantes, y una tasa estimada de mortalidad de 10,2 por cada 100000 habitantes en las mujeres peruanas.

De acuerdo al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA) (5), en su documento técnico “Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018” las neoplasias malignas constituyeron la segunda causa de muerte global; siendo las de mayor mortalidad las de próstata, estómago y cérvix.

Otro dato que se debe mencionar, es que el cáncer que causó mayor carga de enfermedad en las mujeres peruanas, medido en años de vida saludables perdidos (AVISA), fue el de cuello uterino (14,3%) (1). Es así que, el cáncer de cérvix sigue constituyendo un problema de salud pública en nuestro país; y como ya se ha mencionado antes, esta enfermedad y los tratamientos que se brindan para enfrentarla: cirugía, quimioterapia y/o radioterapia (en todas sus modalidades: radioterapia de haz externo o braquiterapia), afectan diversas esferas de la calidad de vida de estas pacientes, incluyendo el área sexual.

La calidad de vida es un proceso dinámico que se da en base a las interacciones entre el individuo y su entorno, dependiendo de la época y la sociedad a la que pertenezca. Las enfermedades oncológicas tienen carácter crónico y dejan

consecuencias en el grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Un aspecto que se encuentra muy afectado es la salud sexual, y aunque en un primer momento del diagnóstico no es considerado una prioridad, ya que el personal de salud se concentra en el control de enfermedad, prevenir la muerte y evitar complicaciones en la medida de lo posible, pero todo esto afecta posteriormente la calidad de vida, debido a que la disfunción sexual se asocia a ansiedad y depresión. (6)(7)(8)

La respuesta sexual humana es el conjunto de cambios físicos y hormonales que experimentan los seres humanos ante el estímulo sexual; es un ciclo y consta de las siguientes fases:

- Deseo, es la acción de una serie de sistemas neurales, generales y específicos en el cerebro, y su resultado es una experiencia sensorial subjetiva: el apetito sexual.
- Excitación, caracterizada por el inicio de cambios fisiológicos en respuesta al deseo sexual (ejemplo: lubricación).
- Meseta, se mantiene un elevado estado de excitación y se producen manifestaciones físicas: aumento de frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial.
- Orgasmo o clímax sexual, es la descarga de tensión neuromuscular de forma involuntaria y repentina cuando la estimulación alcanza su máxima intensidad, en respuesta a la secreción de endorfinas, originando sensaciones intensas que dan origen a respuestas físicas (contracciones uterinas rítmicas, eyaculación en los varones) y

emocionales muy variadas, y que son específicas de cada individuo como manifestación de placer.

- Resolución, es la pérdida progresiva de la tensión sexual. En esta fase los cambios corporales vuelven a la normalidad.

Como resultado, se produce la satisfacción sexual a modo de evaluación subjetiva en términos de grado de complacencia, ya sea positiva o negativa, experimentada por la mujer luego de la actividad sexual (3) (6).

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) contiene criterios de diagnóstico actualizados para la disfunción sexual femenina (los síntomas deben estar presente durante al menos 6 meses y causar clínicamente angustia significativa), y la clasifica en tres categorías, aunque a menudo hay una superposición importante entre ellas: trastorno del interés / excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno de penetración / dolor genitopélvico. (9)

Una revisión sistemática realizada por Jeffery et al de 171 estudios, han determinado que la función sexual se ve deteriorada en pacientes que sufren cualquier tipo de cáncer, identificando que 29 a 64% de las pacientes presentan dispareunia; y que este porcentaje en pacientes de cánceres ginecológicos alcanza el 55% (10) (11) (12). Shankar et al., describen la presencia de estenosis vaginal en 75.29%, lo que conllevó a la disminución de relaciones sexuales en 16.74% de las pacientes estudiadas. (13)

La evidencia indica que las cirugías oncológicas como las histerectomías + salpingooforectomía bilateral, pueden conllevar dolor, pérdida de la sensación, cambios en la imagen corporal, sequedad vaginal, dificultad en alcanzar el

orgasmo y cambios hormonales subsecuentes al estado menopáusico originado por la cirugía en las mujeres premenopáusicas, los que a su vez pueden desencadenar “bochornos”, cambios de humor y de patrones de sueño, así como sequedad vaginal, dispareunia y disminución de la libido.

Las mujeres sometidas a radioterapia y/o quimioterapia tienen mayor riesgo de desarrollar disfunción sexual severa. La radioterapia per se, y más aún asociada a quimioterapia, además puede causar fibrosis vaginal, que pueden llevar a inelasticidad y secuelas más severas, como acortamiento, estrechez o estenosis vaginal total (9), (14), (15), (16). Adicionalmente los efectos de la radiación, asociada o no a quimioterapia, sobre la vejiga e intestino, son: cistitis, dolor a la deposición, diarrea, entre otros; y estos también pueden disminuir el deseo sexual y aumentar el dolor en vejiga y recto durante la penetración; así mismo, los posibles daños vasculares o nerviosos, pueden conllevar a una activación retardada del orgasmo (3).

Por lo general en la atención clínica diaria, el médico afronta los efectos secundarios más comunes referentes a lo gastrointestinal, hematológicos y urinarios; sin embargo, se deja de lado la esfera sexual, por distintas barreras que han sido evaluadas en distintos estudios y que se dividen en dos perspectivas: la del profesional y la del paciente. Las barreras desde la perspectiva del profesional, incluyen: pobre capacitación en salud sexual, tiempo limitado y nivel inadecuado de confidencialidad de la consulta médica, preocupación por hacer sentir incómodo u ofender al paciente o incertidumbre de cómo afrontar el problema una vez diagnosticado puesto que el manejo implica más aspectos que solo lo farmacológico. En cuanto a la perspectiva del paciente, también se

incluye el hecho de que el paciente no quiere incomodar al personal con este tipo de síntomas, piensan que el tema debe ser abordado por el profesional o que no son preguntas válidas o relevantes (2) (12), sin mencionar que este tema conlleva actitudes de timidez y vergüenza, y es considerado muchas veces como un tabú. Actualmente existen diversos cuestionarios que evalúan los cambios producidos por la radioterapia en la mucosa vaginal, así como su impacto en la sexualidad posterior a la radioterapia, entre ellos tenemos: Cuestionario de Función Sexual y Cambios Vaginales (SVQ), el módulo CX24 de la organización Europea para la Investigación y el Tratamiento para el Cáncer (EORTC), Escala analítica de Efectos tardíos del Grupo de trabajo de tejidos normales: subjetivo, objetivo, manejo (LENT SOMA), entre otras. (14)

C. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según se ha analizado previamente en este documento el cáncer de cérvix es un problema de salud pública en nuestro país, por su incidencia y prevalencia. Esta neoplasia y los tratamientos para abordarla, como la cirugía, la radioterapia y quimioterapia y sus combinaciones, generan efectos secundarios que afectan todas las áreas de la vida de las pacientes; sin embargo a pesar de que la tasa de supervivencia mejora, también existe desmedro en la calidad de vida de las pacientes que pueden afectar todas las áreas de sus vidas, incluyendo su salud sexual; y la brecha de comunicación entre los pacientes y el personal de salud al respecto, se mantiene alta y se viene desatendiendo esta necesidad de las pacientes.

La sexualidad en el paciente oncológico se ha caracterizado por ser un tema poco estudiado y analizado, es por ello que este estudio pretende cuantificar la magnitud de estos problemas en nuestra población, ya que es un fenómeno de interés que permitirá crear una visión más amplia de lo que viven mujeres con esta patología, y así poder realizar un abordaje del problema de manera integral, con enfoque cultural, reorientando la atención hacia todas las dimensiones de la persona; considerando que lo individual, lo psicosocial y lo cultural tienen una influencia mutua en la expresión de la sexualidad, por lo que variará según el país, estrato socioeconómico, y cada paciente (3).

D. OBJETIVOS

a. OBJETIVO PRINCIPAL:

- Analizar la calidad de vida sexual en pacientes con cáncer de cérvix sometidas a radioterapia en el Hospital Regional Lambayeque, 2022 - 2024

b. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Analizar la calidad de vida sexual de acuerdo a la escala EORTC QOL-CX24 según los estadios clínicos y tratamientos recibidos (cirugía + radioterapia, cirugía + quimio/radioterapia, radioterapia sola, quimio/radioterapia radical) de pacientes con cáncer de cérvix en el Hospital Regional Lambayeque, 2022 - 2024.

E. DISEÑO DEL ESTUDIO

- El enfoque es cuantitativo, el tipo de estudio será observacional, descriptivo y transversal.

F. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

a. POBLACIÓN

La población la constituyen las pacientes con cáncer de cérvix, atendidas en el Hospital Regional Lambayeque, en el periodo 2022 - 2024. El Hospital Regional Lambayeque, es un hospital de alta complejidad nivel III-1, localizado en la ciudad de Chiclayo, tiene una población referida de toda la macrorregión Nororiental del Perú, que cuenta con Unidad de Oncología desde el año 2013.

b. MUESTRA

Se incluirá a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, cuyo tratamiento haya incluido radioterapia en alguna de sus formas: radioterapia externa y/o braquiterapia de alta tasa de dosis o las combinaciones de tratamiento (cirugía + radioterapia, cirugía + quimio/radioterapia, radioterapia sola o quimio/radioterapia radical), atendidas en el Hospital Regional Lambayeque, en el periodo 2022 - 2024.

Basado en datos históricos de la Unidad de Oncología, se espera reclutar 50 pacientes por cada año de estudio, es decir 150 pacientes, con una tasa de pérdida de 30%, alcanzando un total de 105 pacientes

aproximadamente.

c. MUESTREO

El muestreo será no probabilístico, censal.

G. CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix que sean hispanohablantes.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix sometidas como parte del tratamiento recibido a radioterapia en cualquiera de sus modalidades: radioterapia externa o braquiterapia, del Hospital Regional Lambayeque, tratadas en el periodo enero 2022 - diciembre 2024, que se encuentren con enfermedad controlada.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix que acepten formar parte del estudio a través de la firma del consentimiento informado

b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix que presenten recurrencia y/o progresión de enfermedad. en el Hospital Regional Lambayeque, en el periodo 2022 - 2024.
- Pacientes que presenten alteraciones cognitivas y/o trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión mayor, uso de antidepresivos, etc.)

H. VARIABLES DE INTERÉS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN

a. VARIABLES DE INTERÉS

VARIABLES	DEFINICION DE CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Demográficos	Estos consideran las principales variables clasificatorias, para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón
		Nivel de educación	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal
		Estado Civil	Soltera Casada Divorciada Viuda	Cualitativa	Nominal
		Procedencia	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal
		Empleo	Sí No	Cualitativo	Nominal
		Numero Hijos		Cuantitativa	De razón
		Tiene actualmente pareja	Sí No	Cualitativa	Nominal
		Comorbilidad	HTA DM2 Otras	Cualitativa	Nominal
		Tiempo enfermedad (meses)		Cuantitativa	De razón
		Estirpe histológica	Carcinoma epidermoide Adenocarcinoma Otras	Cualitativa	Nominal
		Estadio FIGO	IB II III IVA	Cualitativa	Ordinal
		Tipo tratamiento	Cirugía + radioterapia Cirugía + quimio/radioterapia Radioterapia sola Quimio/radioterapia radical	Cualitativa	Nominal
Calidad de vida	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes	Funcionamiento físico Funcionamiento de rol Funcionamiento social Funcionamiento cognitivo Funcionamiento emocional Escala de síntomas Escala de salud global	Mala Calidad de Vida Buena Calidad de Vida	Cualitativas	Ordinal

b. INSTRUMENTOS

Al mes siguiente de haber concluido la braquiterapia de alta tasa de dosis, se aplicarán dos cuestionarios desarrollados por la organización Europea para la Investigación y el Tratamiento para el Cáncer (EORTC): EORTC QLQ-C30 y el EORTC QLQ-CX24. A pesar de que se desea medir solo la esfera sexual de la calidad de vida en pacientes con cáncer de cérvix, se desarrollarán ambos cuestionarios ya que son complementarios.

- **EORTC QLQ-C30 (ANEXO N°04)**

Es la encuesta para la calidad de vida en pacientes con cáncer: QLQ-C30 versión 3.0, tiene 30 preguntas, que evalúan escalas funcionales, escalas de síntomas y de estatus de salud global. Las escalas funcionales evalúan: el funcionamiento físico, de rol, social, emocional y cognitivo; para cada pregunta la respuesta única posible puede ser: no, un poco, bastante o mucho. La escala de síntomas evalúa cansancio, náuseas, vómitos, dolor, disnea, insomnio, inapetencia, constipación, diarrea y repercusión económica; para cada pregunta la respuesta única se elige al igual que en las escalas funcionales. El estatus de salud global se evalúa con la percepción de salud y de calidad de vida por la paciente.

(17)(18,19)

- **QOL CX24 (ANEXO N°05)**

La EORTC ha desarrollado el módulo específico para la evaluación de la calidad de vida en la población con diagnóstico de cáncer de cérvix, instrumento que ha sido denominado QOL CX24, tiene 24 preguntas. Tiene escalas multi-ítem y escalas de ítem simple. La *escala multi-ítem* consta de síntomas experienciales (gastrointestinales y genitourinarios); función vaginal y sexual; imagen corporal. La *escala ítem simple* consta de evaluación de síntomas vasculares, neuropáticos, menopáusicos y de actividad sexual. Las últimas 5 preguntas son sólo para pacientes con actividad sexual. Para cada pregunta la respuesta única posible se elige al igual que en las escalas funcionales del QLQ-C30.

- **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS**

La encuesta para la calidad de vida en pacientes con cáncer: QLQ-C30 versión 3.0, es un instrumento válido y confiable para varios países y cuenta con una versión en español validada para el Perú. La fiabilidad del QLQ-C30 es adecuada, con valores de Alpha de Cronbach entre 0,52 y 0,89 en sus diferentes escalas. No existe una validación para el Perú del QLQ-CX24; sin embargo, existe un estudio de validación en población mexicana, mostrando una fiabilidad adecuada, con valores de Alpha de Cronbach de 0,89. Además ha sido utilizado en población

peruana, en un estudio similar en el Hospital Edgardo Rebagliati
Martins. (18,19,20)

c. PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN

La cuantificación del puntaje se realiza de acuerdo con las normas de la EORTC para cada encuesta, QLQ-C30 versión 3.0 y QLQ-CX24. Para ambas encuestas, cabe señalar que cada posible respuesta (no, un poco, bastante y mucho o notas de 1 a 7) representa un rango de porcentaje, que le dará el puntaje a cada ítem y escala. Esto permitirá que el puntaje de los resultados de las encuestas de calidad de vida QOL-C30 y QOL-CX24 se exprese en porcentaje. Para escalas de salud global, el porcentaje más alto se entenderá como “mejor”. Para escalas funcionales y de síntomas en esta encuesta y en la QOLCX24, el porcentaje más bajo será “mejor” (excepto para los ítems actividad sexual y disfrute sexual).
(18,19)(20)

I. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las pacientes se reclutarán a través de su primera visita de control a la institución, al mes siguiente de haber concluido la braquiterapia de alta tasa de dosis. Al término de la consulta médica, lugar donde se realizará el reclutamiento, y previa explicación de los objetivos del estudio, se les solicitará a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión su participación voluntaria para el mismo, coordinando una cita extraordinaria en consultorio para la aplicación de los instrumentos de

evaluación. Posterior a la firma del consentimiento informado, se procederá a aplicar la ficha de recolección de datos y luego se aplicará el cuestionario heteroaplicado con los instrumentos seleccionados: EORTCQOL-C30 y EORTC QLQ-CX24, el cual tendrá una duración de 25 a 40 minutos por parte del investigador principal para desarrollar esta investigación. Al culminar la aplicación de los instrumentos se brindará la información necesaria a los pacientes, a fin de que puedan recoger los resultados de su evaluación al término del estudio.

J. PLAN DE ANÁLISIS

Todos los datos obtenidos por medio de la ficha de recolección de datos se codificarán e ingresarán a una base de datos en Microsoft Excel 2013 y luego serán analizados mediante el programa estadístico SPSS v24.0. Para el análisis univariado (descriptivo) se presentarán frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para variables cualitativas; de acuerdo a la distribución normal de las variables cuantitativas; se presentarán la media y desviación estándar si tienen distribución normal. Para el análisis bivariado (Inferencial), primero se determinará si la muestra cumple con los criterios de distribución normal a fin de definir el uso de estadística paramétrica o su análogo no paramétrico; para la asociación de variables cualitativas se utilizará la prueba estadística chi-cuadrado ($p < 0.05$), si cumple criterios para su uso.

K. ASPECTOS ÉTICOS (ANEXO N°01)

Esta investigación se llevará a cabo posterior a la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Comité de Ética del Hospital Regional Lambayeque.

La recolección de la información se realizará previa firma del consentimiento informado, especificando que la participación en el estudio es voluntaria, se explicarán los objetivos del estudio y se asegurará la confidencialidad de la información, reduciendo así el riesgo de los pacientes.

Se realizará una base de datos, la cual será analizada y resguardada durante 2 años, para posteriores evaluaciones o auditorias.

1.2 REVISIÓN TEMÁTICA NARRATIVA:

SEXUALIDAD EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE CÉRVIX

RESUMEN

La sexualidad en pacientes con cáncer y especialmente en aquellas diagnosticadas con cáncer de cérvix, es un tema usualmente poco tratado, tanto en la literatura como en la práctica clínica diaria, a pesar que la sexualidad forma parte de la calidad de vida de todos los seres humanos. Ésta se ve afectada secundaria a la misma enfermedad, a los tratamientos recibidos: cirugía, quimioterapia y radioterapia, y también por el impacto emocional que se genera por el diagnóstico y los tratamientos. El objetivo de la presente revisión es identificar los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de cérvix que comprometen la calidad de vida sexual. Metodología: Revisión bibliográfica desde las bases de datos Google Académico, Science Direct, Pubmed, Scopus, Dialnet, Scielo, Elsevier, Redalyc, Springer Link y Wiley Online Library, seleccionando 31 artículos en español e inglés, a texto completo, que reportaban efectos físicos y psicosociales de los tratamientos que afectaban de la calidad de vida sexual. Resultados: Impacto negativo sobre la sexualidad de las pacientes en relación al diagnóstico y tratamientos recibidos, en la dimensión física y psicoemocional, siendo las principales: dispareunia, alteraciones vaginales, menopausia, alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, ansiedad, depresión, entre otras. Se reseñan de forma breve las consideraciones generales para la evaluación y el tratamiento de estas pacientes.

Palabras clave: cáncer de cérvix, disfunciones sexuales, oncosexualología

ABSTRACT

Sexuality in cancer patients, and especially in those diagnosed with cervical cancer, is a topic that is usually untreated, both in literature and in daily clinical practice, despite the fact that sexuality is part of quality of life of all human beings. This is affected secondary by the disease itself, according to received treatments: surgery, chemotherapy and radiotherapy, and also by the emotional impact generated by diagnosis and treatments. The objective of this review is to identify side effects of cervical cancer treatments that compromise the quality of sexual life. Methodology: Bibliographic review from Google Scholar, Science Direct, Pubmed, Scopus, Dialnet, Scielo, Elsevier, Redalyc, Springer Link and Wiley Online Library databases, selecting 31 articles in Spanish and English, in full text, reporting physical and psychosocial effects of treatments affecting sexual quality of life. Results: Negative impact on the sexuality of patients in relation to diagnosis and received treatments, in physical and psychoemotional dimension, being the main ones: dyspareunia, vaginal alterations, menopause, alteration of body image, decrease in self-esteem, anisette, depression, among others. General considerations for evaluation and treatment of these patients are briefly outlined.

Key words: cervical cancer, sexual dysfunction, oncosexuality

A. INTRODUCCIÓN

Según los datos aportados por el Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), el cáncer de cérvix ocupó el octavo lugar a nivel mundial en el año 2022, presentándose 662 301 casos nuevos y tuvo una mortalidad de 348 874 pacientes; sin embargo, en nuestro país esto es aún más preocupante puesto que aquí tiene una incidencia de 12,3% de las mujeres con cáncer, ocupando el segundo lugar en incidencia, con una mortalidad que alcanza el 7,1% de fallecimientos por cáncer, según datos aportados por la misma organización. **(1)**

La infección por el virus del Papiloma Humano (VPH) es el factor determinante para el desarrollo de cáncer de cérvix. **(2)**

En cuanto al tratamiento para los casos de cáncer de cérvix localmente avanzado, desde los estadios clínicos IB al IVA, estas pacientes reciben una terapia multimodal, que puede incluir: quimioterapia, radioterapia en sus dos modalidades: radioterapia de haz externo (EBRT) y Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis (BATD), cirugía e inmunoterapia; mientras que los estadios tempranos se benefician de cirugías radicales, como la histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral, asociadas o no radioterapia y quimioterapia, si es que presentaran factores de riesgo. **(3,4)**

Actualmente, esta combinación de tratamientos ha permitido que la tasa de control a nivel pélvico a los 3 años sea de un 96% para los estadios clínicos IB, 89% para el estadio IIB y hasta un 73% para los estadios IIIB. **(5,6,7)**

Todo ello ha permitido un mayor número de mujeres supervivientes al cáncer de cérvix, las cuales manifiestan diversas consecuencias subsecuentes a los tratamientos, ya sea: físicas, psicológicas y socioculturales, que deterioran las

diversas esferas de su calidad de vida, incluyendo la calidad de vida sexual, no solo a corto plazo, sino también a mediano y largo plazo. **(2,4)**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de la salud sexual es: «...un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.» **(8)**

De esta definición se deduce que cualquier disfunción, producida ya sea como consecuencia directa del diagnóstico oncológico en sí mismo, por los tratamientos brindados o por el impacto emocional generado por ambos, conllevan alteraciones directas sobre la salud sexual, afectando no solo la capacidad reproductiva si no también generando disfunciones sexuales que afectan tanto físicamente como la psiquis de las pacientes **(9,10)**.

Por lo mencionado, el objetivo de la presente revisión es identificar los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de cérvix que comprometen la calidad de vida sexual en este grupo de pacientes, con la finalidad de ofrecer algunas consideraciones sobre su evaluación y manejo en la práctica clínica cotidiana, como parte de una atención oncológica integral.

B. METODOLOGÍA

Proceso de Búsqueda y Selección de Fuentes

Para poder llevar a cabo esta revisión bibliográfica sobre disfunciones sexuales en pacientes tratadas por cáncer de cérvix. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura científica desde bases de datos relevantes, incluyendo: Google Académico, Science Direct, Pubmed, Scopus, Dialnet, Scielo, Elsevier, Redalyc, Springer Link y Wiley Online Library. Las estrategias de búsqueda se centraron en palabras clave específicas, como: “cáncer de cérvix” o “neoplasia de cérvix” y “disfunciones sexuales”; o sus términos equivalentes traducidos al inglés para abarcar mayor número de artículos.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión fueron diseñados para seleccionar estudios que aportaran información valiosa y directa al objetivo de la investigación. Se incluyeron artículos que:

1. Artículos a texto completo que abordaran exclusivamente dentro de su desarrollo los efectos físicos y psicosociales secundarios al tratamiento del cáncer de cérvix, que afectaban el área sexual de la calidad de vida de estas pacientes.
2. Pertenezcan a revistas científicas con enfoque en oncología.
3. Presentaran resultados y discusiones relevantes que contribuyen a comprender el estado actual de las disfunciones sexuales en sobrevivientes al cáncer de cérvix.

Los criterios de exclusión aplicados para asegurar la calidad y pertinencia de la información seleccionada se exponen a continuación:

1. Artículos no disponibles a texto completo
2. Artículos dirigidos a personal no médico
3. Artículos que hayan incluido número reducido de participantes (menor o igual a 30 pacientes).
4. Artículos que no abordaran el aspecto físico y psicoemocional de las disfunciones sexuales en pacientes tratadas por cáncer de cérvix.
5. No estaban en un idioma accesible para el equipo de revisión (se incluyó únicamente literatura en español e inglés).

Gracias a este proceso de selección se han obtenido 31 artículos, que brindan un panorama claro sobre las disfunciones sexuales en pacientes tratadas por cáncer de cérvix y su manejo, contribuyendo al objetivo establecido para este artículo.

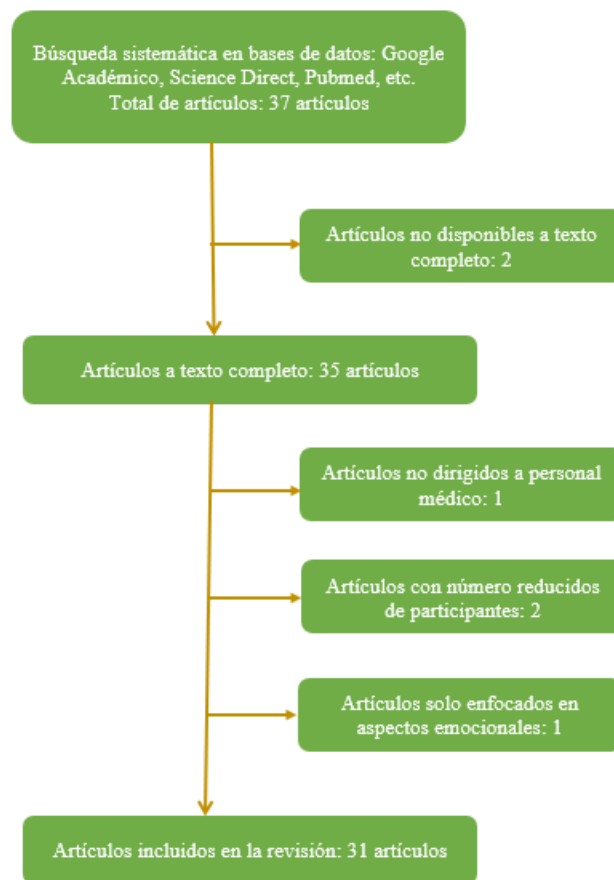


Figura1. Diagrama de flujo del proceso de selección

C. DESARROLLO

CONSIDERACIONES GENERALES DE EVALUACIÓN

Antes de tocar este acápite, debe mencionarse que existen barreras para la comunicación de los síntomas, las cuales se enfocan desde dos puntos de vista: el del paciente y el del profesional de la salud.

Por parte de los pacientes, usualmente no tocan el tema porque relativizan sus problemas, los niegan o quizá porque los avergüenzan, ser un tema muchas veces tabú, que puede estar influenciado por múltiples motivos culturales, sociales y religiosos (10,11,12). Además, los pacientes esperan que sea el profesional quien aborde el tema (2).

Por parte del equipo médico, es un tema que no se discute usualmente en la consulta médica, debido a que se le resta importancia en relación a la explicación del estadio, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Como razones para no abordar el tema, se aduce temor a indisponer a las pacientes, edad avanzada de la paciente o “que la paciente está muy enferma” o simplemente la incomodidad de los profesionales ante el tema, ya sea por motivos culturales o religiosos de cualquiera de las partes; así mismo, se describe que la falta de intimidad o falta de tiempo en la consulta, son los motivos para la no discusión del tema; y otro punto es la falta de formación en el tema y la pobre capacidad de darle solución a las molestias que las pacientes pudieran presentar, poniendo en evidencia la pobre capacitación en esta área por parte de los profesionales de la salud (4,13).

También hay una clara diferencia de género, ya que en los pacientes varones tratados por cáncer de próstata hasta en un 50% se les ha consultado de las

dificultades en su vida sexual y ese porcentaje se reduce a menos de la mitad (24%) cuando se trata de mujeres tratadas por un cáncer ginecológico **(11,14)**.

Como se puede evidenciar a lo largo del artículo, las disfunciones sexuales están presentes en gran porcentaje de pacientes; es por ello que el profesional de la salud es el que está llamado a iniciar la conversación del tema.

Al evaluar las disfunciones sexuales en el paciente con cáncer, la paciente tendrá un examen físico completo, así como exámenes auxiliares y otros procedimientos como: la entrevista breve focalizada y el uso de cuestionarios especiales, tales como: EORTC QLQ-C30 que es el cuestionario específico de la salud sexual de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, el cuestionario FACT (Evaluación funcional de la terapia contra el cáncer), el índice de la función sexual femenina (FSFI), Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos (CTCAE) del Instituto Nacional del Cáncer, Escala de toxicidad aguda RTOG (Grupo de Radioterapia oncológica), Escala analítica de Efectos tardíos del Grupo de trabajo de tejidos normales: subjetivo, objetivo, manejo (LENT SOMA), desarrollada por la RTOG y EORTC **(14-17)**. Otros cuestionarios que se pueden desarrollar son: el formato de historia sexual, el inventario de ajuste de la pareja, el inventario breve de síntomas, la escala de ajuste psicológico a la enfermedad o el inventario para situaciones problemáticas en cáncer **(10,11)**.

La entrevista focalizada indaga inicialmente acerca de los niveles de conocimiento del paciente acerca del funcionamiento de su cuerpo y la percepción del mismo, así como sus conocimientos en relación con su salud sexual y reproductiva y las expectativas con respecto a su sexualidad a lo largo del tratamiento y como ha afectado el diagnóstico las diversas áreas de su sexualidad. A lo largo de todo el

proceso, la comunicación debe ser asertiva, respetando los valores de las pacientes y brindando toda la información necesaria. (4,10,11,13)

Se debe establecer si la paciente tiene pareja y el patrón basal de las conductas sexuales previo al diagnóstico y tratamiento, así como durante el mismo y posterior a este, valorando las necesidades específicas de las pacientes y la aparición de efectos secundarios (10,11).

Posteriormente se planificarán las intervenciones apropiadas. Es necesario tener en cuenta que usualmente las disfunciones sexuales son tratables, aunque la solución no siempre es fácil ni definitiva y el camino de la rehabilitación puede ser prolongado (10,11).

EFFECTOS SECUNDARIOS EN LA ESFERA SEXUAL DE LOS TRATAMIENTOS PARA EL CÁNCER DE CÉRVIX

EL cáncer de *cervix per se*, puede originar una disminución o pérdida tanto del apetito sexual como de la actividad sexual, por los síntomas que ocasiona, tales como: ginecorragia, descensos y dolor pélvico, así como por el estrés emocional del diagnóstico. (2,4,18)

Al momento de enfocar los problemas sexuales en pacientes oncológicos, usualmente se utiliza el ciclo de respuesta sexual humana, el cual está constituido por seis fases, dos de las cuales son subjetivas: la libido o deseo sexual (primera fase) y la satisfacción sexual (última fase); las otras cuatro fases son objetivas, es decir caracterizadas por cambios físicos constatables, y son las siguientes: excitación, meseta, orgasmo o clímax sexual y resolución. Este ciclo se puede ver afectado en sus distintas fases por los tratamientos oncológicos, ya sea a nivel físico

por el dolor o a nivel emocional por la ansiedad y el miedo, lo cual podría inhibir la respuesta sexual. **(4,19)**

Como se mencionó previamente, los diversos tratamientos oncológicos pueden alterar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar el sistema vascular pélvico, los músculos del suelo pélvico, componentes periféricos del sistema nervioso y del eje hormonal, y también el aspecto psico-emocional de las pacientes.

(10)

Se especifica a continuación los efectos secundarios a cada terapia:

- ***Cirugía***

La cirugía estándar para el tratamiento del cáncer de cérvix es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, esta cirugía consiste en la extirpación del útero, los ovarios, las trompas de Falopio, los tejidos parametriales, paracervical y paravaginal y, por lo general, la parte superior de la vagina. **(20)**

La extirpación ovárica en mujeres premenopáusicas, conlleva a una menopausia prematura, lo cual disminuye drásticamente los niveles de estradiol séricos que condicionan la disminución de la sensibilidad vaginal a los estrógenos sistémicos y también tópicos, con reducción marcada en el interés sexual, así como disminución de la lubricación vaginal, e incluso puede disminuir la sensibilidad ante el orgasmo. Los síntomas relacionados al fallo ovárico abrupto son más severos que los de aquellas pacientes que han cursado naturalmente con su transición a la menopausia. **(10, 18)**

Otro efecto local derivado de la cirugía es el acortamiento vaginal, o aparición de tejido cicatrizal en la pelvis o la cúpula vaginal, y todos estos factores pueden finalmente desencadenar dispareunia. (4)

La linfadenectomía puede tener como efecto secundario linfedema de miembros inferiores, y de acuerdo al grado del mismo, podría alterar la imagen corporal o incluso llegar a restringir los movimientos si fuera muy severo. (4)

- ***Radioterapia***

En cuanto al tratamiento estándar para el cáncer de cérvix localmente avanzado, consiste en radioterapia de haz externo a dosis de 45 a 50Gy, la cual se recibe de manera diaria usualmente por 5 días a la semana, concurrente con quimioterapia semanal, seguido de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis, la que idealmente debería realizarse con guía de resonancia magnética según los estándares mundiales actuales. (3,17,18)

La radioterapia tiene como particularidad que no es específica, vale decir que afecta todas las áreas irradiadas incluidas en el campo de irradiación independiente de si se trata de tejido sano o enfermo. Las limitaciones de las dosis están en relación a los órganos sanos adyacentes denominados “Órganos A Riesgo” (OAR), y a pesar que las técnicas actuales de radioterapia permiten disminuir significativamente las dosis a estos órganos (12), en nuestro país no todos los centros cuentan con tecnología moderna y se siguen empleando campos amplios de tratamiento. Además, muchas de las supervivientes de cáncer de cérvix han sido tratadas utilizando campos

bidimensionales (2D) los que incluían toda la pelvis. Por ello es que se evidencia distintos tipos de toxicidad a nivel intestinal, vesical y genital. Se espera que, con el empleo de nuevas técnicas de radioterapia a futuro, disminuyan los efectos secundarios. **(17,18)**

Específicamente en el ámbito sexual, estos efectos son progresivos, esto puede desarrollarse de manera continua o generarse tras un periodo de latencia. Inicialmente, se produce un edema agudo de la mucosa y submucosa vaginal asociado a inflamación, lo cual se traduce como eritema y congestión vaginal, seguida de descamación húmeda y mucositis. También se puede evidenciar congestión severa e hiperemia de la submucosa. Estos efectos se suelen resolver en los primeros 3 meses posteriores al tratamiento. Sin embargo, un alto porcentaje de pacientes pueden desarrollar compromiso vascular progresivo por endarteritis obliterante inducida por la radiación, con la subsecuente hipoxia tisular que podría conllevar a ulceración y necrosis, y esto a su vez, puede causar neovascularización y telangiectasias que sangran espontáneamente o ante el roce durante el contacto sexual. **(15,17,21)**

A largo plazo, en 1 a 2 años, la submucosa puede sufrir cambios fibróticos, condicionando adelgazamiento de la pared vaginal, adherencias y atrofia vaginal, con la consecuente pérdida de elasticidad de la vagina, estrechamiento y acortamiento de la misma, o incluso se puede desarrollar estenosis vaginal total. **(15,17,21)**

Se pueden producir efectos similares a nivel de la vejiga y el recto, los que pueden ocasionar síntomas de urgencia, tenesmo e incontinencia tanto

vesical como rectal, así mismo pueden presentar disuria y dificultad para el vaciamiento vesical; con mención aparte para las cistitis y proctitis actínicas, que causan gran desmedro en la calidad de la vida de las pacientes de cáncer de cérvix (2,16). Otro efecto a largo plazo que podría presentarse es fractura o necrosis de la cabeza femoral, aunque es inusual. (17)

Estos efectos también se presentan en el tejido muscular a nivel del suelo pélvico, condicionando fibrosis y pérdida de elasticidad, disminuyendo la actividad muscular espontánea y la contracción, lo cual disminuye la respuesta a la estimulación sexual, influyendo también en la continencia esfinteriana. (22)

Aparte de lo ya mencionado en el acápite de efectos secundarios de la cirugía con respecto a la menopausia, debemos además considerar que la sensibilidad del tejido ovárico a la radioterapia es muy baja, produciendo destrucción de las células granulosas y atrofia del folículo, por lo cual la menopausia prematura es un efecto secundario común, así como la esterilización (22); si es que no se ha realizado el reposicionamiento ovárico mediante una cirugía de ooforopexia (23), pero se debe tener en cuenta que la nueva posición de los ovarios debe estar a más de 4cm del campo de irradiación para evitar la radiación dispersa y poder así preservar la función ovárica (17). Además de los efectos hormonales y sus consecuencias, se presenta un incremento de los riesgos metabólicos, cardiovasculares y osteoporóticos que conlleva la menopausia.

- *Quimioterapia*

La quimioterapia utilizada para el tratamiento concurrente con radioterapia, se realiza con base en cisplatino a dosis de 40 mg/m² de superficie corporal de la paciente, la cual se administra de forma semanal. Esta dosis tiene como función actuar como sensibilizador de las células ante la radioterapia (3,4), por ello se incrementa el efecto de la radioterapia y las toxicidades de la misma pueden ser más intensas a dosis menores de lo esperado.

A estas dosis, los efectos secundarios que usualmente se producen son náuseas y vómitos, aunque influyen también a condicionar en las pacientes premenopáusicas, la aparición de menopausia por destrucción de los ovocitos y folículos. Además, es importante tener en cuenta que condiciona astenia e hiporexia. (4,16)

Se debe hacer notar que las pacientes sometidas exclusivamente a cirugía, tienen menos efectos secundarios concernientes a su esfera sexual, que aquellas sometidas al tratamiento multimodal que incluye también radioterapia y quimioterapia. (18,24)

Adicionalmente, un dato a tener en cuenta es que alrededor del 20 a 30% de mujeres sobrevivientes al cáncer de cérvix tienen otras comorbilidades, como por ejemplo Hipertensión arterial (HTA) o Diabetes Mellitus 2 (DM2), lo cual puede también afectar negativamente su sexualidad (25), no solo por el diagnóstico en sí mismo, sino también por los diferentes medicamentos utilizados, ya sean antihipertensivos alfabloqueantes o betabloqueantes, diuréticos, y otros medicamentos utilizados frecuentemente como: antisecretorios H₂ (especialmente cimetidina), varios tipos de antidepresivos, benzodiazepinas que pueden utilizarse en el manejo de depresión

o como tranquilizantes; y debe mencionarse que el uso de opioides de forma crónica también impacta en la disminución del deseo sexual y la capacidad orgásmica (19). Y si bien es cierto, la presente revisión está enfocada predominantemente en los efectos secundarios de la esfera sexual, es necesario indicar también que el dolor y efectos secundarios extra genitales, interfieren y alteran los sentimientos placenteros durante la actividad sexual (4). Además, en las pacientes con alteraciones físicas que causan dispareunia y dolor, se puede desencadenar efectos emocionales de tensión y temor al acto sexual y empeorar el dolor, convirtiéndose en un círculo vicioso (19).

IMPACTO FÍSICO DE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA ESFERA SEXUAL

Se estima que cerca del 50% de las pacientes diagnosticadas con algún tipo de cáncer ginecológico desarrollarán severas dificultades de carácter crónico. (4,26)

Diversos estudios encontraron que aproximadamente un 85% de las mujeres perdieron o disminuyeron su interés sexual, 35% presentaron sequedad vaginal, 55% tuvieron dispareunia de intensidad moderada a severa, porcentaje que podía llegar hasta 67% según la evaluación de otro estudio que aplicó el índice de Función Sexual Femenina (FSFI), que es un instrumento validado internacionalmente. (2, 14)

Hasta un 30% de las pacientes estuvieron insatisfechas con su vida sexual. Además, se encontró que el 50% manifestó reducción del tamaño vaginal y 45% nunca fueron capaces de completar el coito totalmente. A pesar de estos importantes efectos secundarios y la subsecuente disfunción sexual, el 63% de las pacientes que

eran sexualmente activas previo al diagnóstico oncológico, se mantuvieron sexualmente activas posterior al tratamiento, aunque con una significativa reducción en la frecuencia. **(18,21)**

Se ha evidenciado en diversos estudios, un amplio porcentaje de pacientes, entre el 30 y 63%, presentan disfunciones sexuales **(14)**, más del 50% están afectadas por diversos grados de estenosis vaginal, del cual el 75% estuvo confinado al tercio superior de la vagina **(21)**. Adicionalmente, se encontró cicatrización de la cúpula vaginal en 63%, adherencias vaginales en 53%, telangiectasias en 60% y atrofia de mucosa en 61% de las pacientes tratadas. Estas cifras son muy similares en los distintos estudios consultados **(21,27)** y se han visto especialmente en el grupo etáreo mayor de 55 años **(14)**. Esta complicación en particular, no solo afecta la calidad de vida sexual al causar dispareunia y, en ocasiones, la imposibilidad de completar el acto sexual, sino que también dificulta la adecuada valoración clínica para el seguimiento tumoral **(28)**.

A pesar de ello, la habilidad de lograr un orgasmo aún puede mantenerse, ya que esta fase de la respuesta sexual es más resistente al daño que la fase de excitación, quizás porque depende de los nervios pudendos, los que están más protegidos que los nervios que constituyen el plexo autonómico pélvico, que se encarga de la fase excitatoria **(10,24)**. Sin embargo, la intensidad orgásmica puede haberse reducido o se puede requerir mayor tiempo para llegar al orgasmog **(14)**.

A consecuencia de estos efectos, un porcentaje de 7 hasta 62% de las pacientes prefirió discontinuar las relaciones sexuales **(29)**. Al cuestionar las razones de ello, las pacientes manifestaron diversos motivos, incluyendo: disminución de la libido, fatiga, problemas físicos y falta de interés por parte de la pareja **(24)**.

Es preciso mencionar, además, que hasta un tercio de las pacientes sometidas a estos tratamientos pueden desarrollar dolores crónicos a nivel pélvico, lumbar bajo y en las caderas, lo que lleva a mayor necesidad de analgésicos, por periodos que incluso pueden extenderse más allá de 5 años (2).

EFFECTOS PSICOEMOCIONALES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉRVIX

Además de los cambios físicos expuestos con anterioridad e incluso en aquellas pacientes en las que no se evidencian estos cambios físicos (18), se ha identificado que las pacientes presentan preocupaciones psicológicas y sociales con respecto a su sexualidad, alteraciones de su imagen corporal, preocupación por la capacidad de mantener sus roles sexuales previos, temor a la muerte, distanciamiento emocional de su pareja, pérdida de la intimidad y cambios en el nivel de interés sexual de sus parejas, entre otras preocupaciones (21,27,30,31). Todas estas alteraciones pueden conllevar a disminución de la autoestima (2,11).

Se estima que entre 24 y 50% de las pacientes pueden desarrollar alteraciones psicológicas, como ansiedad y depresión, las cuales son de magnitud variable y no suelen ser diagnosticadas ni tratadas. Estas situaciones se ven agravadas por el hecho de que el periodo comprendido entre el diagnóstico y los tratamientos suele ser lo más breve posible y supera el tiempo necesario para lograr la adaptación (2). Muchas de las pacientes con cáncer de cérvix que han tenido como parte de su tratamiento una histerectomía radical, han manifestado en diversos estudios una sensación de pérdida de la feminidad debido a la remoción uterina y ovárica, que conlleva pérdida de la fertilidad, maternidad y sexualidad. Un 55% de las pacientes

se sienten menos atractivas sexualmente posterior al diagnóstico y tratamiento, y un 12% reportó que su feminidad se había afectado mucho **(24)**.

En estas pacientes un 73% reportó menor frecuencia de las relaciones sexuales desde el diagnóstico. Además, un porcentaje de 43% de las pacientes reportan disminución de la frecuencia en que sus parejas inician la actividad sexual llegando hasta consumir el coito. Quizá por el temor de causar daño a sus parejas **(24)**.

Más de la mitad de las pacientes (56%), reportan que sus sentimientos de satisfacción sexual han disminuido. Y está demostrado que en una pareja en la que decae la frecuencia del acto sexual, también disminuye la intimidad. A pesar de ello, el 27% de estas pacientes indica que se ha incrementado su necesidad de ser contenidas emocionalmente mediante abrazos y caricias, lo cual recalca la importancia de la intimidad sin llegar al coito. Muchas de estas mujeres también manifestaron la sensación de no satisfacer a su pareja **(24)**.

Así mismo, la disminución o incapacidad de experimentar deseo sexual o lograr mantener y completar el acto sexual puede representar un nuevo duelo **(4)**.

Los factores de riesgo que empeoran este distrés psicológico son: valoración pesimista de la vida, trastornos previos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad, o bajos recursos financieros o de salud. La edad joven es otro factor de riesgo; debido al mayor deterioro de sus objetivos de vida como: conseguir pareja o, si ya la tienen, se enfrentan a la esterilidad si es que aún tienen paridad no resuelta; adicionalmente, se pueden interrumpir sus aspiraciones profesionales **(19)**.

También se consideran como factores agravantes: ausencia de credo religioso y ausencia de estrategias de afrontamiento eficaces **(2)**.

En cuanto a las relaciones de pareja, estas se deterioran solo cuando ya existían previamente conflictos graves (10,19).

CONSIDERACIONES GENERALES DE MANEJO

Como ya se ha establecido, el manejo de las disfunciones sexuales secundarias a un diagnóstico oncológico de cáncer de cérvix requiere un abordaje integral, que englobe tanto la parte física como la psicoemocional de las pacientes, y de ser posible involucre también a sus parejas.

Se requiere el constante apoyo de todo el equipo multidisciplinario para el manejo de estas disfunciones sexuales, incluyendo: al ginecólogo oncólogo, radiooncólogo, oncólogo clínico, enfermeras especialistas en oncología, psicólogos con experiencia en disfunciones sexuales, sexólogos, médicos especialistas en rehabilitación y medicina física, tecnólogos médicos, entre otros (2,4,17,22).

Según estudios realizados, entre el 80 y 90% de las pacientes, no requieren una consulta especializada y se benefician con el simple hecho de brindar consejería sexual breve. Eso quiere decir que un 10 a 20% de pacientes requiere terapia sexual formal a cargo de un terapeuta sexual entrenado (2,4,10). Las indicaciones más frecuentes para ello son: problemas sexuales previos al diagnóstico del cáncer, severos conflictos matrimoniales, los trastornos que no responden al consejo sexual breve y aquellas pacientes con pobres recursos psicológicos y un mal proceso de adaptación (10,11,19).

- ***Dimensión Física***

Se debe brindar a la paciente en primer lugar información acerca de su anatomía para lo cual se les puede mostrar en un espejo sus genitales. También se debe

explicar el ciclo de respuesta sexual y el impacto de los diversos tratamientos en su sexualidad **(4)**.

En función de disminuir la sequedad vaginal, se debe promover el uso de hidratantes vaginales de uso diario que pueden contener ácido hialurónico, Vitaminas A y E y también el uso de probióticos; los cuales ayudarán a restaurar la hidratación y el pH vaginal **(18,22,26)**.

Para promover la reepitelización vaginal, especialmente durante los primeros 3 a 6 meses posterior a los tratamientos, se recomienda la aplicación de estrógenos tópicos, ayudando a disminuir la atrofia vaginal y también la resequedad, su vida media es corta y su efecto es exclusivamente tópico **(4,15,17,18,28)**.

Previo al acto sexual está indicado el uso de lubricantes íntimos, los cuales se aplican sobre los genitales externos tanto de la paciente como de su pareja, o sobre los dilatadores vaginales previo a su introducción vaginal para disminuir la fricción **(2,4,18)**.

Para retrasar e incluso prevenir las adhesiones vaginales, la estenosis y la estrechez vaginal, se recomienda el uso regular de dilatadores vaginales o vibradores, los cuales vienen de diversos tamaños, los puede aplicar la misma paciente o con ayuda de su pareja como juego previo al acto sexual. También se puede sugerir mantener relaciones sexuales frecuentes **(4,15,19,28)**. Se recomienda la aplicación de estos métodos, una vez que se ha producido la reepitelización vaginal, alrededor de 1 mes posterior a completar los tratamientos, con una frecuencia de dos a tres veces a la semana, por un promedio de 1 a 3 minutos, asociado al uso de lubricantes. Algunos investigadores sugieren que esto debe mantenerse por el resto de la vida de la

paciente **(15,17)**. Desafortunadamente, este método tiene baja adherencia, muchas veces dependiendo de la edad de las pacientes **(22)**.

Para casos severos de estenosis vaginal, puede ser necesaria la cirugía de reconstrucción vaginal **(28)**.

Si es que se llegara a presentar necrosis del epitelio vaginal, secundaria a la radioterapia, está indicado el uso de Oxígeno hiperbárico, el cual promueve la formación de una matriz de colágeno la cual es soporte para la formación de neovascularización y por ende permite la reepitelización **(28)**.

Además, es necesario recomendar la realización de ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico (ejercicios de Kegel) y también ejercicios de relajación, para dar a la paciente la posibilidad de relajar la vagina durante la penetración ayudando a disminuir la sensación de dolor. Todo esto con el soporte especializado de los médicos de rehabilitación y tecnólogos médicos, quienes además recomiendan fortalecimiento de los músculos del núcleo del cuerpo (core training), que es un tipo de entrenamiento que fortalece los músculos del núcleo del cuerpo, que incluye abdominales, espalda baja, caderas y pelvis **(18,19,22)**. Si es que fallan estas técnicas convencionales, se proseguirá con estimulación sacral. **(17)**

En cuanto a los problemas hormonales secundarios a la menopausia prematura, se podría individualizar los casos y recomendar el uso de terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y testosterona **(4,28)**. Para aumentar el impulso sexual, podría indicarse el uso de sildenafil o fármacos similares **(19)**.

Es importante discutir con la paciente y su pareja, todos estos cambios físicos y cómo afectan la sexualidad, desde antes de iniciar las terapias y también de manera rutinaria en las consultas, para que, llegado el momento, puedan planificar el

contacto sexual y ampliar sus horizontes sexuales, pudiendo incluir nuevas posiciones sexuales donde el peso sea mejor tolerado para la paciente, tal como la posición lateral y así no ejercer presión sobre la pelvis. También se puede sugerir utilizar almohadas para equilibrar el peso. La paciente debe ser la que controle la profundidad y velocidad de la penetración para evitar incrementar el dolor. Se debe consensuar con la pareja para que la penetración se aproxime más al momento de la eyaculación para que el contacto sexual sea más rápido **(4,19,28)**.

Si a pesar de las medidas persiste la dispareunia, se puede indicar la toma de analgésicos previo al acto sexual o se puede intentar el uso de lidocaína en gel en vez del lubricante genital **(19)**.

Si existe astenia, se puede cambiar el momento del acto sexual, planificándolo en horas en que la paciente esté menos cansada o después de un periodo de reposo **(4,19)**.

- *Dimensión psico emocional*

Se debe resaltar en el manejo de estas pacientes el desarrollo del bienestar psicológico individual y potenciar las habilidades de comunicación en pareja, que son parte fundamental del tratamiento. Es de vital importancia que la pareja y la familia sean un pilar positivo en el área emocional y espiritual de la paciente, para que pueda hacer frente a las nuevas circunstancias y recuperar sus niveles de satisfacción y bienestar **(10)**.

La orientación, el tratamiento de pareja, los métodos de terapia sexual fundamentados en la focalización sensorial, y en términos generales, la psicoterapia

orientada a la resolución de conflictos vitales, familiares y matrimoniales, son herramientas esenciales para el tratamiento completo de estas disfunciones **(2,4,10)**. Hay diversas aproximaciones que ayudan a las pacientes a enfrentar estos trastornos, tales como: el Modelo P-LI-SS-IT (Permission, Limited information, Specific suggestions, Intensive Therapy) o el modelo EPITEX (Educación, Permiso, Indicaciones específicas, Terapia Sexual). Ambos modelos permiten a los profesionales abordar la salud sexual de forma concreta, brindando información valiosa y sugerencias específicas adaptadas a las necesidades de las pacientes, logrando desarrollar un plan de intervención que permita tratar las disfunciones sexuales **(4,10,19)**. Como parte de la intervención, se sugieren técnicas de terapia sexual asociadas a técnicas cognitivo-conductuales, tales como: reestructuración cognitiva y proporcionar y fortalecer las habilidades de afrontamiento, ya aplicadas con éxito en otras patologías crónicas **(10)**.

Algunas acciones específicas que se pueden desarrollar con estas pacientes para ayudar a superar las alteraciones de la imagen corporal, son por ejemplo: mantener relaciones sexuales usando lencería que se pueda mantener durante el coito, crear una atmósfera adecuada disminuyendo el nivel de la luz para adquirir confianza sobre como la paciente ve su propio cuerpo, o se puede sugerir que los momentos de intimidad se lleven a cabo fuera del hogar si es que hay malos recuerdos asociados al mismo **(4)**.

También se debe promover que las pacientes accedan a información de sitios web confiables, tales como las páginas oficiales de clínicas y sociedades oncológicas, ya que son una fuente útil y accesible de información **(18)**.

Es necesario explicar también que el panorama sexual no solo incluye el coito, sino también el autoerotismo, las caricias y técnicas de focalización sensitiva, en las que se prioriza la intimidad y el placer sin necesariamente concretar el acto sexual; se permite explorarse y acariciarse mutuamente todo el cuerpo excepto los órganos genitales, estimulando el deseo y favoreciendo la comunicación; conforme se progresa en estas técnicas, gradualmente se permite el acceso a los genitales y se puede completar la relación sexual (4,10,19).

D. DISCUSIÓN

Distintos autores han evidenciado el detrimento de la calidad de vida sexual en las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix que han recibido tratamientos como: histerectomía radical, quimioterapia, radioterapia o la combinación de los mismos (18,24), y este detrimento se ve en un porcentaje significativo de las pacientes: 30 a 63% desarrollan efectos secundarios crónicos del área física (14) y 24 a 50% en el área psicoemocional (2), y son efectos que se interrelacionan y pueden formar un círculo vicioso que empeora las disfunciones sexuales (19).

Esta variabilidad entre los distintos autores podría estar en relación justamente a la complejidad de la sexualidad, que involucra muchos aspectos, los cuales son difíciles de equiparar en los estudios que se han revisado para el presente artículo, haciendo hincapié en que no contamos con información de la población peruana específicamente. De los estudios revisados, vemos que existen diseños heterogéneos entre los mismos, por ejemplo: variabilidad de los cuestionarios utilizados, inclusión de pacientes en diversos estadios clínicos, diferentes tratamientos utilizados, el momento de la recolección de la información (algunas de

estas disfunciones pueden mejorar con el tiempo), estado pre o post menopáusico, el status marital al momento del diagnóstico (cuenta o no con pareja), afectación psicológica de las pacientes ante el diagnóstico y posterior a los tratamientos y su influencia en su sexualidad, entre otros factores **(24)**.

Es necesario realizar estudios a futuro que equiparen estos factores, para que tengan menores limitaciones y mayor validez, y así puedan ser más comparables **(24)**. Además, es de vital importancia que se realicen estudios en nuestra propia población, ya que en un país tan diverso como el nuestro las diferencias culturales son amplias e incluso podría haber variación por la procedencia geográfica, el nivel cultural o las creencias religiosas.

Como se resalta a lo largo de la presente revisión, el área sexual a pesar de verse deteriorada significativamente no recibe una atención adecuada debido a diversos factores que abarcan barreras comunicacionales entre el paciente y el personal médico, y ambos grupos están influidos por creencias culturales, religiosas y sociales **(2,4,10,11-13)**. Sin embargo los estudios también indican que es el personal de salud el que debe liderar el abordaje de este tema, obteniendo y ofreciendo información de manera respetuosa y asertiva, adaptándose a las necesidades de cada paciente y sus parejas **(2,4,10)**; es por ello necesario que la capacitación del personal de salud sea constante.

Otro punto a recalcar radica en la importancia de un manejo precoz de las molestias físicas y psicoemocionales, el cual debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario con amplia capacidad para la comunicación asertiva, desde el momento del diagnóstico y a lo largo del desarrollo de los tratamientos y posterior a los mismos, siguiendo protocolos establecidos, enfocándonos holísticamente en

el paciente abarcando el área física (uso de humectantes vaginales, lubricantes, estrógenos tópicos, dilatadores vaginales o dildos, etc.) y psicoemocional (psicoterapia en general y orientada al área sexual, fortalecer las habilidades de afrontamiento, entre otras), ya que han mostrado efectividad en el manejo **(2,4,10,15,17-19,21,22,28)**.

Resaltar además que cuando se trata de relaciones sexuales, la comunicación y la intimidad juegan un papel muy importante; he allí que el soporte de la pareja es indispensable para recuperar los niveles de bienestar de la paciente **(10)**.

E. CONCLUSIÓN

El cáncer de cérvix es una enfermedad aún prevalente en la actualidad, cuyo diagnóstico y los tratamientos requeridos: cirugía, radioterapia, quimioterapia y la combinación de estos, impactan negativamente en la calidad de vida global de las pacientes, repercutiendo en sus distintas esferas incluyendo la sexual.

Los principales efectos secundarios de la dimensión física incluyen: dispareunia, sequedad vaginal, acortamiento, estrechamiento e incluso en los casos más severos cicatrización vaginal, atrofia vaginal, aparición de telangiectasias, también menopausia prematura, entre otras. La dimensión psicoemocional merece especial atención ya que puede verse afectada desde el momento del diagnóstico, pudiendo existir: alteraciones de la imagen corporal, preocupación por mantener los roles familiares, sociales y sexuales previos, distanciamiento emocional de la pareja o pérdida de la intimidad, alteraciones de la autoestima, inadecuada adaptación, ansiedad, depresión u otras.

El manejo debe ser multidisciplinario e integral, incluyendo el área física y emocional; y haciendo partícipe a la familia y pareja, quienes son pilares emocionales para la recuperación de la calidad de vida de la paciente.

La capacitación del personal de salud que realiza el seguimiento de este grupo de pacientes, debe ser continua y abarcar una adecuada aproximación a las pacientes respetando las creencias de las mismas e incluyendo capacitación para el manejo inicial básico, de tal manera que se brinde un mejor tratamiento para estos problemas y ayudar a recuperar la calidad de vida de las pacientes.

1.3 PLAN DE CAPACITACIÓN

SEXUALIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

DE CÁNCER DE CÉRVIX

RESUMEN

El cáncer de cérvix sigue siendo un flagelo para las mujeres peruanas, por su alta incidencia; y la calidad de vida sexual en estas pacientes, se afecta desde el diagnóstico y se incrementa por los efectos secundarios de los tratamientos que pueden incluir: cirugía, radioterapia, quimioterapia y la combinación de estos.

Los efectos secundarios del área sexual afectan el área física y psicoemocional, deteriorando la calidad de vida. La consulta médica típica se enfoca en las molestias generales, urológicas, digestivas y no en el aspecto sexual, debido a que ni las pacientes ni los médicos discuten el tema, por diversos motivos, incluyendo la falta de capacitación; ahí radica la importancia de este plan enfocado en capacitar a los médicos especialistas en las morbilidades del área física del aspecto sexual para su correcto abordaje inicial, a través de la modalidad de aula invertida.

Palabras clave: cáncer de cérvix, disfunciones sexuales, aula invertida

MARCO TEÓRICO

El cáncer de cérvix es la segunda neoplasia que afecta a las mujeres peruanas, según datos aportados por GLOBOCAN (1).

La salud sexual y la calidad de vida sexual de las pacientes con cáncer de cérvix, se ve notablemente afectada desde el momento del diagnóstico y esto se acrecienta por las morbilidades causadas por el tratamiento que se requiere, el cual puede incluir: cirugía, radioterapia, quimioterapia y la combinación de estos (2), siendo la radioterapia la que más morbilidad causa (3,4).

Los efectos secundarios que afectan la salud sexual tienen dos dimensiones: la física y la psicoemocional, que se entrelazan estrechamente y deterioran la calidad de vida (2,3,5).

Los efectos secundarios físicos pueden alcanzar hasta un 63% (6) y abarcan: estrechamiento y acortamiento vaginal, así como pérdida de la elasticidad vaginal por fibrosis de los tejidos y atrofia de la misma, resequedad vaginal por falta de lubricación secundaria a daño epitelial vaginal, telangiectasias, dispareunia, dolor pélvico crónico, menopausia prematura y abrupta con los efectos hormonales que conlleva, lo cual disminuye la posibilidad de mantener un acto sexual (2,5-12).

Los efectos psicoemocionales engloban un espectro igual de amplio, que puede involucrar hasta un 50% de las pacientes (2), las que pueden presentar distrés desde el momento mismo del diagnóstico, ansiedad y depresión, alteraciones de la imagen corporal, preocupación por mantener su rol dentro de la familia, disminución de la autoestima, disminución e incluso pérdida de la libido, preocupaciones por su

desempeño sexual, distanciamiento emocional de sus parejas, todo ello afectando en diversos grados su satisfacción sexual **(2,4,9,13-16)**.

Usualmente este tópico es dejado de lado por varios factores que incluyen los que dependen del paciente y los que dependen del personal de salud. Los sentimientos de vergüenza por parte de las pacientes **(7,16,17)**, la negación o minimización de los síntomas, o simplemente la actitud pasiva de esperar que sea el profesional quien aborde el tema **(2)**. Por parte de los profesionales de la salud se aduce como razones para no mencionar el tema: el poco tiempo de la consulta y la falta de privacidad de la misma, priorización del tratamiento y recuperación de la salud sobre los efectos en la calidad de vida, incomodidad de los profesionales, falta de capacitación para el abordaje del tema y para brindar soluciones para este tipo de disfunciones. Además, en ambos grupos estas actitudes están influidas por motivos culturales, religiosos y sociales **(5,18)**.

Se estima que entre un 80 y 90% de las pacientes se benefician de un consejo sexual breve y de recomendaciones básicas, es por ello la importancia de la capacitación del personal de salud que atiende a estas pacientes **(2,5,7)**.

El presente plan de capacitación permitirá brindar información y herramientas apropiadas para el manejo de las molestias físicas de estas disfunciones, que abarcará desde el abordaje inicial del tópico con respeto por las creencias de las pacientes, así como consideraciones generales de manejo, y reconocer cuando las pacientes requieren derivación a un terapeuta sexual entrenado **(2,5,7,8,10,11,16,17-21)**. El abordaje psicoemocional si bien es cierto es fundamental para el manejo integral de estas pacientes, no será abordado en esta capacitación ya que la misma estará a cargo de personal médico, y la capacitación

en abordaje psicoemocional deberá ser brindada por psicólogos entrenados en salud sexual.

La metodología de aula invertida está centrada en la preparación del contenido por parte de los participantes previo a la realización de la clase, de tal manera que durante clase el tiempo se utilice para la discusión y aplicación práctica (22). Este plan de capacitación estará dividido en 3 módulos:

❖ **DEFINICIONES BÁSICAS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS EN LA ESFERA SEXUAL DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉRVIX**

-Introducción al “tratamiento de cáncer de cérvix”, incluyendo la cirugía (histerectomía radical), radioterapia (de haz externo y braquiterapia de alta tasa de dosis) y quimioterapia, así como los efectos secundarios más frecuentes en la esfera sexual.

El tratamiento del cáncer de cérvix está en función del estadio clínico. Los estadios tempranos se benefician de cirugía (2,3), la cual es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, que consiste en la extirpación de útero, anexos, tejidos parametriales, paracervical y paravaginal, la parte superior de la vagina y disección ganglionar pélvica.

Los estadios localmente avanzados, o las pacientes sometidas a cirugía cuya anatomía patológica muestre factores de riesgo; tendrán radioterapia combinada, o no, con quimioterapia (3,5).

La radioterapia, consiste en brindar radiaciones ionizantes, tiene dos modalidades: radioterapia externa a dosis de 45 a 50Gy, seguido de Braquiterapia Intracavitaria de Alta Tasa de Dosis (3,5).

Para la quimioterapia concurrente con radioterapia, se utiliza cisplatino a dosis de 40 mg/m² de superficie corporal (5), de forma semanal, la cual incrementa el efecto de la radioterapia (radiosensibilizador) y las toxicidades pueden ser más intensas a dosis menores de lo esperado.

La radioterapia sola, o en combinación con cirugía o quimioterapia, es la que mayor morbilidad causa en cuanto a disfunciones sexuales (3,4).

Los efectos secundarios de estas terapias, específicamente en el área sexual, abarcan:

- ***Menopausia prematura (4,7)***. Disminuye los niveles de estradiol séricos de forma drástica, disminuye la sensibilidad vaginal a los estrógenos sistémicos y tópicos, reducción de la libido, disminución de lubricación vaginal y disminución de la sensibilidad ante el orgasmo. El fallo ovárico abrupto es más severo que el de la menopausia natural. Se induce por la cirugía y la radioterapia, puede empeorarse con la quimioterapia.
- ***Acortamiento vaginal o aparición de tejido cicatrizal en pelvis o la cúpula vaginal (4,5,8,9,10,13)***. En caso de la cirugía se produce de forma inmediata y en caso de la radioterapia, se puede producir de forma progresiva, con mayor intensidad en los primeros dos años, secundario al edema e inflamación de la mucosa y submucosa vaginal. Un alto porcentaje de pacientes desarrolla compromiso

vascular progresivo, neovascularización y telangiectasias (60%), lo que a la larga conduce a cambios fibróticos, adelgazamiento de pared vaginal, adherencias (53%) y atrofia vaginal (61%), con pérdida de elasticidad, estrechamiento y acortamiento vaginal (>50%), o incluso puede condicionar estenosis vaginal total.

- ***Dispareunia (2,6)***. Definido como el dolor genital persistente o recurrente que aparece antes, durante o después de mantener relaciones sexuales. Presente hasta en 55% de estas pacientes. Secundaria tanto a la cirugía como a la radioterapia.
- ***Sequedad vaginal***. Disminución de la lubricación vaginal natural (35%), causada especialmente por la radioterapia, aunque en pacientes post quirúrgicas guarda relación con la menopausia prematura.
- ***Dolor crónico (2)***. Secundario principalmente a cirugía y radioterapia, presenta hasta en un 30% de las pacientes.

Otros efectos secundarios físicos, que afectan de forma indirecta al causar desmedro en la calidad de vida global incluyen:

- ***Náuseas y vómitos (5)***. Especialmente secundario a quimioterapia, aunque también influidos por la radioterapia.
- ***Síntomas de urgencia, tenesmo e incontinencia tanto vesical como rectal (2,5)***.
- ***Disuria y dificultad para el vaciamiento vesical (2,5)***.
- ***Cistitis actínica (2,5,11)***. Inflamación crónica de la vejiga urinaria secundaria a la radioterapia.

- ***Diarreas crónicas o estrechamiento anal (2,5).***
- ***Proctitis actínica (2,5,11).*** Proceso inflamatorio crónico que afecta al recto secundario a la radioterapia.
- ***Fibrosis y pérdida de elasticidad del suelo pélvico (11).*** Disminuye la actividad muscular espontánea, condiciona disminución de respuesta a estimulación sexual y problemas de continencia esfinteriana.
- ***Linfedema de miembros inferiores (5).*** Aumento de volumen de miembros inferiores, por deficiencias en el drenaje. Posibilidad de desarrollarlo secundario a cirugía o radioterapia. De acuerdo con el grado, genera alteración de la imagen corporal o incluso restringe la movilidad.
- ***Fractura o necrosis de la cabeza femoral (8).*** efecto secundario inusual de la radioterapia.

❖ **CONSIDERACIONES GENERALES DE EVALUACIÓN**

-Capacitación en las escalas de valoración de síntomas del área sexual y su aplicación clínica.

-Discutir cómo identificar a las pacientes que han desarrollado estos efectos secundarios y el impacto en su calidad de vida sexual.

Se debe considerar como parte rutinaria de la consulta médica, desde el momento del diagnóstico y en las consultas de control de todas las pacientes sobrevivientes al cáncer de cérvix, evaluar la salud sexual y explicar las

posibles disfunciones sexuales que pueden aparecer. Esta evaluación debe estar a cargo de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de las pacientes, incluyendo al ginecólogo oncólogo, radiooncólogo, oncólogo clínico, enfermeras especialistas en oncología, psicólogos con experiencia en disfunciones sexuales, sexólogos, médicos especialistas en rehabilitación y medicina física, tecnólogos médicos, entre otros **(2,5,8,11)**. Las pacientes tendrán como parte de la evaluación un examen físico completo, así como los exámenes auxiliares de rutina y otros procedimientos como:

- Entrevista breve focalizada **(5,7,16,18)**
- Cuestionarios especiales **(8,10)**, como:
 - EORTC QLQ-C30 (Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer)
 - FACT (Evaluación funcional de la terapia contra el cáncer),
 - FSFI (Índice de la función sexual femenina)
 - CTCAE (Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos) del Instituto Nacional del Cáncer
 - Escala de toxicidad aguda RTOG (Grupo de Radioterapia oncológica)
 - LENT SOMA (Escala analítica de Efectos tardíos del Grupo de trabajo de tejidos normales: subjetivo, objetivo, manejo), desarrollada por la RTOG y EORTC.
- Otros cuestionarios son **(7,16)**: el formato de historia sexual, el inventario de ajuste de la pareja, el inventario breve de síntomas, la

escala de ajuste psicológico a la enfermedad o el inventario para situaciones problemáticas en cáncer.

En primer lugar, es fundamental generar un ambiente de confianza, garantizando a la paciente la confidencialidad de la conversación y asegurando que los especialistas velamos por brindar una atención integral, incluyendo el área sexual. La comunicación por parte del médico especialista debe ser asertiva y respetar las creencias y valores de las pacientes y también de sus parejas (cuando vienen acompañadas) y brindando a ambos la información necesaria.

La manera más práctica de abordar este problema en el consultorio del médico especialista, considerando el escaso tiempo de la consulta médica en los sistemas públicos es: la entrevista breve focalizada **(5,7,16,18)**; por ello, se ampliará la información al respecto.

Inicialmente, la entrevista focalizada en salud sexual, indaga el nivel de conocimiento de las pacientes acerca de su propia anatomía y fisiología, la percepción de su cuerpo, y también sus conocimientos en relación a salud sexual y reproductiva, las expectativas de su sexualidad a lo largo del tratamiento y los síntomas que han aparecido desde el diagnóstico y con los tratamientos recibidos.

Es necesario indagar si la paciente se encuentra en pareja, se debe establecer el patrón de las conductas sexuales previamente a recibir el diagnóstico y los tratamientos, durante el mismo y posterior a este **(5,7,16,18)**. También valorar cualquier necesidad específica que puedan tener las pacientes y la aparición de morbilidades secundarias a los tratamientos.

De acuerdo con las respuestas brindadas en la fase previa, se elabora un plan de intervenciones adecuado. Es preciso insistir a los médicos especialistas que la mayoría de disfunciones sexuales son susceptibles de ser tratadas, hasta en un 80 a 90% de los casos con recomendaciones básicas que pueden ser brindadas en la consulta habitual (2,5,7); aunque en otros casos, la solución no es tan sencilla y podría prolongarse en el tiempo.

❖ CONSIDERACIONES GENERALES DE MANEJO

-Discutir y sustentar las acciones para tratamiento sintomático de los efectos secundarios de la dimensión física.

El manejo general del área física de las disfunciones sexuales, implica una continua comunicación con las pacientes para ir evaluando y tratando los síntomas que pudieran aparecer, y además brindar recomendaciones para evitar la aparición de los mismos en la medida de lo posible.

- ***Hidratantes vaginales de uso diario (4,11,12).*** Ayudan a restaurar la hidratación y el pH vaginal, pueden contener ácido hialurónico, vitaminas A y E y probióticos.
- ***Estrógenos tópicos (4,5,8,10,19).*** Promueven la reepitelización vaginal, disminuyen la atrofia y sequedad vaginal. Su uso está especialmente recomendado los primeros 3 a 6 meses después de las terapias, tienen vida media corta y efecto tópico.
- ***Dilatadores vaginales o vibradores (5,10,19,21).*** Previenen las adhesiones, estenosis y estrechez vaginal. La indicación médica es

recomendar el uso regular, de dos a tres veces a la semana, en un tiempo promedio mínimo de 1 a 3 minutos, asociado al uso de lubricantes.

- ***Relaciones sexuales frecuentes (5,10,19,21)***. Cumple la misma función que los dilatadores vaginales. Ambos métodos son recomendados posterior a la reepitelización vaginal (aproximadamente 1 mes después de terminar los tratamientos).
- ***Lubricantes íntimos (2,4,5)***. De aplicación previa al acto sexual para disminuir la fricción, sobre los genitales externos femeninos y masculinos, o sobre los dilatadores vaginales antes de su introducción a la vagina.
- ***Ejercicios de Kegel (4,11,21)***. Para fortalecimiento del suelo pélvico y ejercicios de relajación. Brindan la posibilidad de relajar la vagina durante la penetración, disminuyendo así la sensación de dolor.
- ***Terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y testosterona (5,19)***. Para síntomas severos secundarios a la menopausia prematura, individualizando los casos.

Otras recomendaciones importantes están en relación a la planificación del contacto sexual (5,19,21), en horarios en que la paciente esté menos cansada o después de un periodo de reposo; y, explicar que es necesario ampliar los horizontes sexuales, para que puedan incluir nuevas posiciones sexuales, en las que el peso esté balanceado para una mejor tolerancia de la paciente y no ejercer presión sobre la pelvis (ejemplo: posición lateral o utilización de almohadas para equilibrar el peso). Además, se debe promover que sea la paciente quien controle la profundidad y

velocidad de la penetración para disminuir el dolor. Se puede proponer también que la penetración se aproxime a la eyaculación para que el coito sea más rápido, pero explicando que el acto sexual puede ser igualmente satisfactorio con un juego sexual previo amplio y variado, y existen otras opciones sexuales (masturbación mutua, sexo oral, entre otros) (2,4,5,13,21).

Se puede indicar el uso de analgésicos previos al acto sexual, o la utilización de lidocaína en gel sustituyendo al lubricante íntimo (21).

Cuando a pesar de estas recomendaciones, no se logra resolver ni minimizar las disfunciones sexuales en las sobrevivientes al cáncer de cérvix, debemos referir a un terapeuta sexual con entrenamiento formal. Las indicaciones más frecuentes para ello son: problemas sexuales previos al diagnóstico del cáncer, severos conflictos matrimoniales, los trastornos que no responden al consejo sexual breve y aquellas pacientes con pobres recursos psicológicos y un mal proceso de adaptación (7,16,21).

PLAN DE CAPACITACIÓN

- A. Propósito de la capacitación:** Capacitar a los médicos especialistas de oncología, radioterapia y ginecología oncológica en los principales efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de cérvix y su impacto físico, para el diagnóstico y manejo oportuno de las disfunciones sexuales que se puedan presentar, e identificar a aquellas pacientes que requieran derivación al especialista.

B. Características de los participantes: Los participantes son médicos asistentes de la Unidad de Oncología, incluyendo: médicos oncólogos y radiooncólogos; así como médicos asistentes del Servicio de Ginecología oncológica; del Hospital Regional Lambayeque.

C. Objetivo Principal

Capacitar a los médicos especialistas de oncología, radioterapia y ginecología oncológica, que atienden a pacientes con cáncer de cérvix sobre el adecuado abordaje de la salud sexual, reconocimiento de los efectos secundarios que afectan el área física de la esfera sexual de las pacientes, consideraciones básicas para el manejo de las mismas e identificación de aquellas que requieren referencia a especialista en terapia sexual.

Objetivos

- Proporcionar conocimientos teóricos sobre el cáncer de cérvix, los tratamientos aplicados y los efectos secundarios que afectan la salud sexual en su dimensión física.
- Brindar herramientas y conocimientos teóricos para el abordaje inicial de las disfunciones sexuales secundarias al tratamiento.
- Identificar los criterios para derivación al especialista en terapia sexual.

D. Contenidos a desarrollar: Módulos

A. DEFINICIONES BÁSICAS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS EN LA ESFERA SEXUAL DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉRVIX

-Introducción al “tratamiento de cáncer de cérvix”, incluyendo la cirugía (histerectomía radical), radioterapia (de haz externo y braquiterapia de alta tasa de dosis) y quimioterapia, así como los efectos secundarios más frecuentes en la esfera sexual.

B. CONSIDERACIONES GENERALES DE EVALUACIÓN

-Capacitación en las escalas de valoración de síntomas del área sexual y su aplicación clínica.

-Discutir cómo identificar a las pacientes que han desarrollado estos efectos secundarios y el impacto en su calidad de vida sexual.

C. CONSIDERACIONES GENERALES DE MANEJO

-Discutir y sustentar las acciones para tratamiento sintomático de los efectos secundarios de la dimensión física.

Aula invertida:

- **Contenido Previo:** Los participantes accederán de forma virtual al material académico previo a las sesiones presenciales. Este material incluirá lecturas, videos y cuestionarios sobre los puntos específicos a tratar.

- **Sesiones Presenciales:** Se basará en el desarrollo y resolución de casos clínicos para discusión grupal, que permitirá el análisis de situaciones clínicas, aplicación de las escalas de valoración, así como discusión del manejo sintomático del área física, con el fin de aplicar lo aprendido en el contenido previo.

- **Estrategias Didácticas y Actividades de Aprendizaje**
 - **Videos y Lecturas Previas:** Ofrecer recursos multimedia que ilustren los fundamentos de los principales efectos secundarios del área sexual del tratamiento del cáncer de cérvix (área física) y su manejo.
 - **Simulaciones de Preparación:** Ejecutar actividades en un ambiente regulado donde los participantes puedan poner en práctica lo que han aprendido.
 - **Debates y Estudios de Caso:** Promover el debate sobre escenarios reales y la solución de dificultades vinculadas a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de cérvix.

- **Roles y Responsabilidades**
 - **Participantes:** Es necesario prepararse con anticipación, involucrarse de manera activa en las actividades y poner en práctica lo que se ha aprendido.
 - **Facilitadores:** Dirigir los debates, ofrecer comentarios y garantizar que se alcancen las metas de aprendizaje.

E. Secuencia didáctica: Sesión con introducción a las herramientas digitales.

MOMENTOS	ACTIVIDADES	EVIDENCIAS	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
AUTOAPRENDIZAJE	<p>a) LECTURAS Introducción al cáncer de cérvix, tratamiento, efectos secundarios más frecuentes en la esfera sexual e impacto en la calidad de vida sexual. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0717-75262020000100074 https://editorial.ucsg.edu.ec/medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/1221 Consideraciones Generales De Evaluación https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e00ad1a75478NPvolumen21-91-109.pdf Consideraciones Generales De Manejo https://www.prda.org.uk/wp-content/uploads/2022/09/PRDA_Best-Practice-Pathway_Toolkit.pdf</p> <p>b) VISIONADO DE VIDEOS Tratamiento del cáncer de cérvix y efectos secundarios del área sexual https://www.youtube.com/watch?v=fzQvXVXNXY0 (26 minutos) https://www.youtube.com/watch?v=3aTNetcKp6Q (41 minutos) Valoración y manejo de síntomas físicos https://www.youtube.com/watch?v=oqaZ_dvRySU (14 minutos) https://www.youtube.com/watch?v=kCOFUghkhCc (1 hora, 26 minutos) https://www.youtube.com/watch?v=Tj9-Nyv5czo (1 hora, 32 minutos)</p>	<p>Respuestas a las interrogantes formuladas en el foro de discusión.</p> <p>Preguntas que se plantearán posterior a la lectura y el video. Usarán herramientas recurso educativo abierto: padlet, cuestionario, jamboard, enviar los enlaces que se han formulado para sustentar las actividades.</p>	<p>Calidad y profundidad de las respuestas en el foro de discusión.</p> <p>Capacidad de análisis y síntesis en el foro.</p> <p>Calidad del análisis del caso y de la presentación en PowerPoint.</p> <p>Evaluación del test inicial para valorar el conocimiento del tema.</p> <p>https://docs.google.com/forms/d/1ZVa7kIiu4LamDwFmBJ4hOCrmLLb3ZbGnxw8icQ3jh0s/edit</p>

MOMENTOS	ACTIVIDADES	EVIDENCIAS	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
<p>COAPRENDIZAJE</p> <p>Aprendizaje colaborativo y horizontal</p> <p>Es una herramienta, un modo de proceder.</p>	<p>Trabajo de grupo: Lectura y análisis:</p> <p>https://onkder.org/pdf/pdf_TOD_959.pdf</p> <p>Casos Clínicos:</p> <p>https://padlet.com/luzangelicarg/sexualidad-despu-s-del-c-ncer-de-c-rvix-caso-cl-nico-y2hxms8yh2py8q2i</p> <p>Testimonio</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=97sjN9ldCU</p>	<p>Presentación en Power Point de los puntos más resaltantes sobre las lecturas presentadas.</p> <p>Exponen un material que uno les brinda.</p> <p>Respuestas a las interrogantes respecto al caso en un Padlet o Jamboard. Presentación de PowerPoint del análisis del caso. Crear el padlet con el caso clínico y crear las preguntas para que resuelvan las preguntas y, al mismo tiempo, se envían los enlaces.</p> <p>Realizado en PADLET: https://padlet.com/luzangelicarg/sexualidad-despu-s-del-c-ncer-de-c-rvix-mencione-los-princip-g0l0fr0jbmlwpcbn</p>	<p>Exposición y evaluación de la calidad y capacidad de síntesis de la información presentada en los Power Point.</p> <p>Calidad de las respuestas al cuestionario.</p> <p>Capacidad de análisis de casos clínicos. Evaluar la síntesis de la información respecto al caso clínico: evaluación de la pertinencia de la solución de caso (co aprendizaje)</p>

MOMENTOS	ACTIVIDADES	EVIDENCIAS	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN
<p>SOCIALIZACIÓN</p> <p>Trabajar con ellos en una relación horizontal.</p> <p>Puede ser individual o todo el grupo</p>	<p>Exposición del caso. Respuesta a un cuestionario diseñado en la plataforma elegida. Describir lo que el estudiante va hacer en la socialización.</p> <p>Resolución de test o cuestionario que va al inicio y al final de las herramientas educativas.</p>	<p>Solución del caso, diseño de cuestionario. crear jamboard, hacer la tarea y colocar enlaces de la herramienta que se está utilizando (Jamboard con preguntas y consignas).</p> <p>El profesor se enriquece y aprende del alumno.</p> <p>Test para valorar el autoaprendizaje.</p> <p>https://docs.google.com/forms/d/1ZVa7kIiu4LamDwFmBJ4hOCrmLLb3ZbGnxw8icQ3jh0s/edit</p>	<p>Manejo de información, preguntas, http://rubistar.4teachers.org/index.php?screen=CustomizeTemplateDownloadFile&</p> <p>-</p>

Este plan de capacitación se ha diseñado teniendo en cuenta la estrategia de aula invertida, donde los participantes adquieren conocimientos de manera autónoma y luego los aplican y profundizan en grupo. Al concluir la capacitación los participantes serán capaces de reconocer y manejar los principales efectos secundarios de la esfera sexual secundarios al tratamiento del cáncer de cérvix, aplicando los protocolos correspondientes.

Además, habrán aprendido a usar diversas tecnologías que pueden ser útiles en su práctica profesional.

Al finalizar este curso, tendrán las herramientas necesarias para el abordaje adecuado de las disfunciones sexuales, utilizando modelos específicos de aproximación psicoemocional, centrado en las necesidades individuales de las pacientes y con respeto a sus creencias. Además, tendrán la capacidad de brindar un manejo básico de los síntomas ocasionados en la dimensión física de la calidad de vida sexual. Y sabrán identificar cuando una paciente necesita atención especializada por terapeutas sexuales.

Lugar de capacitación: Auditorio principal del Hospital Regional Lambayeque.

Número de personas a capacitar: 05 profesionales de la salud (médicos especialistas de oncología médica, radioterapia y ginecología oncológica).

Días de capacitación: 02 días

Día elegido: viernes y sábado.

F. CONCLUSIONES

El desmedro de la calidad de vida sexual es una realidad innegable en las pacientes tratadas por cáncer de cérvix, la cual se encuentra infravalorada tanto en el diagnóstico, abordaje y manejo; en parte, por tratarse de un tópico influenciado por creencias religiosas, culturales y sociales tanto de las pacientes como del personal de salud, pero también por falta de capacitación para tener una comunicación asertiva del tema con las pacientes y por ausencia de estrategias para el manejo y tratamiento de las mismas.

Brindar un plan de capacitación al personal de salud permitirá fortalecer las capacidades de comunicación, brindando herramientas apropiadas y que se adaptan a las necesidades de las pacientes, así mismo ayudará a actualizar los conocimientos del manejo adecuado de la sintomatología en el área sexual del cáncer de cérvix.

G. RECOMENDACIONES

- Incorporar educación en oncosexualidad como parte del modelo de atención integral en oncología.
- Fomentar la continua capacitación del personal de salud en temas de salud sexual.
- Capacitar al personal de salud para brindar información específica para las pacientes y sus parejas desde el diagnóstico, así como materiales y recursos educativos.

II. CONCLUSIONES

El cáncer de cérvix es una neoplasia que en nuestro país continúa causando un gran número de pacientes afectadas por esta enfermedad, en estadios localmente avanzados, cuyo tratamiento suele incluir la utilización de cirugía, radioterapia (en su modalidad de radioterapia de haz externo y braquiterapia intracavitaria) y quimioterapia, así como combinaciones de estas terapias.

Existe un deterioro notorio en la calidad de vida sexual de estas pacientes, debido a que los efectos deletéreos del diagnóstico mismo y de los tratamientos, se pueden agrupar en dos: los efectos de la dimensión física y los de la dimensión psicoemocional.

Desde el punto de vista físico, tenemos: dispareunia, sequedad vaginal, acortamiento, estrechamiento e incluso cicatrización vaginal, atrofia vaginal, telangiectasias, menopausia prematura, entre otras.

Desde el punto de vista psicoemocional, puede presentarse alteraciones de la imagen corporal, alteraciones de la autoestima, inadecuada adaptación, ansiedad, depresión, preocupación por mantener los roles familiares, sociales y sexuales previos, distanciamiento emocional de la pareja o pérdida de la intimidad, etc.

Esta realidad se ha infravalorado en la práctica clínica diaria, al ser un tema que puede generar reacciones de vergüenza e incomodidad, lo que se acrecienta con las creencias socioculturales y religiosas tanto de las pacientes, sus parejas y el personal de salud. Además, es necesario reconocer que es un tópico en el que no se ha tenido suficiente capacitación por parte del personal de salud. He allí la importancia de abordar este tema desde una perspectiva integral y holística satisfaciendo las necesidades únicas de cada paciente.

El abordaje debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario, incluyendo a médicos de las distintas especialidades en contacto con la paciente, enfermeras, tecnólogos médicos, psicólogos y personal técnico, los que deben permanecer en capacitación continua y fortalecer sus capacidades de comunicación, de tal manera que cuenten con las herramientas apropiadas para ayudar a la paciente a recuperar su calidad de vida lo más pronto posible. Se debe resaltar además que es necesario incluir a la pareja y familia de la paciente, quienes deben actuar como fuentes de amor y apoyo a lo largo del diagnóstico y tratamiento.

Es necesario, por tanto, seguir investigando el tema con rigurosidad e incorporar la educación en oncosexualidad como parte integral del modelo de atención en oncología.

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3.1 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX SOMETIDAS A RADIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE LAMBAYEQUE, 2022-2024

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Piñeros M et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet] [Consultado 02 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Bober SL, Reese JB, Barbera L, Bradford A, Carpenter KM, Goldfarb S et al. How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2016; 10(1), 44–54. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000186>
3. Martínez FC. La sexualidad en el paciente oncológico. Revista para profesionales de la salud. 2019; 2(21), 91-109. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8247635>
4. Castillo AI, Canenci PJ, Zurbarán LM., Pertuz CD, Montes PM, Jiménez CE. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2015; 66(1), 22-31. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.4>
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del cáncer en el Perú,

2018. Primera edición. MINSA (Perú); 2020. Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
6. Carreño LM. Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino [Tesis de grado]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/PUCP_8ac15b695dc65acd8a895b76b5400483
 7. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertility and sterility*; 2007, 88(5), 1273–1284. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.09.012>:
 8. Vasconcelos RJ, Moreira TL, Arbinaga F, Teixeira CM. Satisfacción sexual en enfermos de cáncer. *Acta Colombiana de Psicología*; 2017, 20(2), 106-115. Disponible en: <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.5>
 9. Del Pup L, Villa P, Amar ID, Bottoni C, Scambia G. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *International journal of gynecological cancer Society, IJGC*; 2019, 29(3), 630–634. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000096>
 10. Jeffery DD, Barbera L, Andersen B L, Siston AK, Jhingran A, Baron S et al. Self-Reported Sexual Function Measures Administered to Female Cancer Patients: A Systematic Review, 2008-2014. *Journal of psychosocial oncology*; 2015, 33(4), 433–466. Disponible en:

<https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1046012>

- 11.** Coady D, Kennedy V. Sexual Health in Women Affected by Cancer: Focus on Sexual Pain. *Obstetrics and gynecology*; 2016, 128(4), 775–791. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001621>
- 12.** Reese JB, Bober SL, Daly MB. Talking about women's sexual health after cancer: Why is it so hard to move the needle? *Cancer*; 2017, 123(24), 4757–4763. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.31084>
- 13.** Shankar A, Patil J, Luther A, Mandrelle K, Chakraborty A, Dubey A et al. Sexual Dysfunction in Carcinoma Cervix: Assessment in Post Treated Cases by LENTSOMA Scale. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*; 2020, 21(2), 349–354. Disponible en: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.2.349>
- 14.** Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Translational andrology and urology*; 2015, 4(2), 186–205. Disponible en: <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.06>
- 15.** Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *The Cochrane database of systematic reviews*; 2003(1), CD003750. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003750>
- 16.** Morris L, Do V, Chard J, Brand AH. Radiation-induced vaginal stenosis: current perspectives. *International journal of women's health*; 2017, 9, 273–279. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S106796>

17. Greimel ER, Kuljanic VK, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, Singer S et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer*; 2006, 107(8), 1812–1822. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.22217>
18. Torres P, Irarrázaval M, Fasce G, Urrejola R, Pierotic M, León H, et al. Calidad De Vida En Pacientes Con Cáncer De Cuello Uterino: Experiencia FALP. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 2010, 75(6), 383-398. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600007>
19. Razo HR, Tomanguillo VM. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Edgardo. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Perú; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/621905>.
20. Jayasekara H, Rajapaksa LC, Greimel ER. The EORTC QLQ-CX24 cervical cancer-specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a South Asian sample of cervical cancer patients. *Psycho-oncology*; 2008, 17(10), 1053–1057. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pon.1310>

3.2 REVISIÓN TEMÁTICA NARRATIVA:

SEXUALIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CÉRVIX

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Piñeros M et al. Global Cancer Observatory: Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet] [Consultado 02 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Silva MM. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. Revista chilena de obstetricia y ginecología; 2020, 85(1), 74-98. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100074>.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Cervical cancer version 3.2025. 2025. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf
4. Pino CE. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. Médicas UIS; 2010, 23(2). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/1441>
5. Sturdza A, Pötter R, Fokdal LU, Haie-Meder C, Tan LT, Mazon R et al. Image guided brachytherapy in locally advanced cervical cancer: Improved pelvic control and survival in RetroEMBRACE, a multicenter cohort study. Radiotherapy and oncology: journal of the European

- Society for Therapeutic Radiology and Oncology; 2016, 120(3), 428–433. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2016.03.011>
6. Shrivastava S, Mahantshetty U, Engineer R, Chopra S, Hawaldar R, Hande V et al. Cisplatin chemoradiotherapy vs radiotherapy in FIGO stage IIIB squamous cell carcinoma of the uterine cervix: A randomized clinical trial. *JAMA oncology*; 2018, 4(4), 506–513. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2017.5179>.
 7. Gupta S, Maheshwari A, Parab P, Mahantshetty U, Hawaldar R, Sastri Chopra S et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery versus concomitant chemotherapy and radiotherapy in patients with stage IB2, IIA, or iib squamous Cervical Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*; 2018, 36(16), 1548–1555. Disponible en: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.9985>
 8. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos sexuales en el curso de vida. [Internet] [Consultado el 02 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
 9. Marín LJ. Incluyendo la salud sexual en la consulta de enfermería onco-radioterápica con mujeres con cáncer ginecológico tratadas con braquiterapia y/o radioterapia. *Enfermería Oncológica*; 2022, 24(1). Disponible en: <https://doi.org/10.37395.SSEO.2022.12>
 10. Grau AJ, Llantá AM, Chacón RM., Fleites GG. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y

tratamiento. Rev Cubana Oncol; 1999, 15(1), 49-65. Disponible en:
salutsexual.sidastudi.org

11. Martínez FC. La sexualidad en el paciente oncológico. Revista para profesionales de la salud; 2019, 2(21), 91-109. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8247635>
12. Rubio AN, Gonzáles AG. Guía práctica de salud sexual y reproductiva y cáncer. Sociedad española de contracepción (España). Implicaciones del cáncer en edad reproductiva; 2024, 43-48. ISBN: 978-84-09-57523-7. Disponible en: https://hosting.sec.es/GuiaCancer/Guia_SSR_Cancer.pdf
13. Krouwel EM, Nicolai MP, Van der Wielen GJ, Putter H, Krol AD, Pelger RC et al. Sexual concerns after (pelvic) radiotherapy: Is there any role for the radiation oncologist? The journal of sexual medicine; 2015, 12(9), 1927–1939. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/jsm.12969>
14. White ID. Sexual difficulties after pelvic radiotherapy: Improving clinical management. Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain)); 2015 27(11), 647–655. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.clon.2015.06.018>
15. López RE, González FE. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. Oncología (Barcelona); 2005, 28(3), 58-63. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=es&tlng=es.
16. Charatsi D, Tolia M, Vanakara P, Tsoukalas N, Nikolaou M, Korfias D et al. Vaginal stenosis after radiation therapy for pelvic cancer:

- prevention and treatment options - a review of the current literature. *European Journal of Gynaecological Oncology*; 2019, 40(2), 185-189. Disponible en: <https://www.ejgo.net/articles/10.12892/ejgo4496.2019>
17. Samper OP, Pérez EM, Cabezas M. Toxicidad en tratamientos de abdomen y pelvis: tipo de toxicidad y escalas de valoración. *Oncología (Barcelona)*; 2005, 28 (2), 71-77. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n2/06.pdf>
18. Dohm A, Sanchez J, Stotsky-Himelfarb E, Willingham FF, Hoffe S. Strategies to minimize late effects from pelvic radiotherapy. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*; 2021, 41, 158–168. Disponible en: https://doi.org/10.1200/EDBK_320999
19. Tramacere F, Lancellotta V, Casà C, Fionda B, Cornacchione P, Mazarella C et al. Assessment of sexual dysfunction in cervical cancer patients after different treatment modality: A systematic review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*; 2022, 58(9), 1223. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina58091223>
20. Dimas H, Aragón S, Barra M, Quintana O. Puntos clave de la histerectomía radical (Tipo III). *GAMO (México)*; 2010, 9 (6). Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2010/vol9/n06/8.pdf>

21. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Translational andrology and urology*; 2015, 4(2), 186–205. Disponible en: <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.06>
22. Barcellini A, Dominoni M, Dal MF, Biancuzzi H, Venturini SC, Gardella B et al. Sexual health dysfunction after radiotherapy for gynecological cancer: Role of physical rehabilitation including pelvic floor muscle training. *Frontiers in medicine*; 2022, 8, 813352. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.813352>
23. Olascoaga TM, Reyes BF, Escobar RP. Opciones quirúrgicas ginecológicas de preservación de fertilidad en cáncer. Elsevier (España). *Clin Invest Ginecol Obstet*; 2021, 48 (3), 654-660. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.11.005>.
24. ALbæk JC, Fusté BP. The impact of cervical cancer on female sexuality. *Medicina (Ecuador). Rev. MEd. UCSG*; 2020, 24 (2), 21-28. Disponible en: <https://doi.org/10.23878/medicina.v24i2.1221>
25. Greimel ER, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-oncology*; 2009, 18(5), 476–482. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pon.1426>
26. Amsterdam A, Krychman M. Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: a retrospective pilot study. *J Sex Med*; 2006, 3 (4), 646–649. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00204.x>

27. Aydın DR, Yeşiltepe OÜ. Sexual experience of women after pelvic radiotherapy due to cervical ca. *Turkish Journal of Oncology (Turk)*, 2017, 31(4), 119-127. Disponible en: [10.5505/tjo.2016.1472](https://doi.org/10.5505/tjo.2016.1472).
28. Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *The Cochrane database of systematic reviews*; 2003(1), CD003750. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003750>
29. Vrzackova P, Weiss P, Cibula D. Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert review of anticancer therapy*; 2010, 10(7), 1037–1042. Disponible en: <https://doi.org/10.1586/era.10.89>
30. Abbott-Anderson K, Kwেকেboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic oncology*; 2012, 124(3), 477–489. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
31. Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, Venditti L, Terzano S, Anchora LP et al. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. *BMC cancer*; 2013, 13, 127. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-127>

**3.3 PLAN DE CAPACITACIÓN:
SEXUALIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
DE CÁNCER DE CÉRVIX**

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Piñeros M et al. Global Cancer Observatory: Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet] [Consultado 02 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Silva MM. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 2020, 85(1), 74-98. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100074>.
3. ALbæk JC, Fusté BP. The impact of cervical cancer on female sexuality. *Medicina (Ecuador). Rev. MEd. UCSG*; 2020, 24 (2), 21-28. Disponible en: <https://doi.org/10.23878/medicina.v24i2.1221>
4. Tramacere F, Lancellotta V, Casà C, Fionda B, Cornacchione P, Mazzarella C et al. Assessment of Sexual Dysfunction in Cervical Cancer Patients after Different Treatment Modality: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*; 2022, 58(9), 1223. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina58091223>
5. Pino CE. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Médicas UIS*; 2010, 23(2). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/1441>

6. White ID. Sexual difficulties after pelvic radiotherapy: Improving clinical management. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*; 2015, 27(11), 647–655. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2015.06.018>
7. Grau AJ, Llantá AM, Chacón RM, Fleites GG. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*; 1999, 15(1), 49-65. Disponible en: salutsexual.sidastudi.org
8. Dohm A, Sanchez J, Stotsky-Himelfarb E, Willingham FF, Hoffe S. Strategies to minimize late effects from pelvic radiotherapy. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*; 2021, 41, 158–168. Disponible en: https://doi.org/10.1200/EDBK_320999
9. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Translational andrology and urology*; 2015, 4(2), 186–205. Disponible en: <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.06>
10. Charatsi D, Tolia M, Vanakara P, Tsoukalas N, Nikolaou M, Korfiatis D et al. Vaginal stenosis after radiation therapy for pelvic cancer: prevention and treatment options - a review of the current literature. *European Journal of Gynaecological Oncology*; 2019, 40(2), 185-189. Disponible en: <https://www.ejgo.net/articles/10.12892/ejgo4496.2019>
11. Barcellini A, Dominoni M, Dal Mas F, Biancuzzi H, Venturini SC, Gardella B et al. Sexual health dysfunction after radiotherapy for gynecological cancer: Role of physical rehabilitation including pelvic floor muscle training. *Frontiers*

- in medicine; 2022, 8, 813352. Disponible en:
<https://doi.org/10.3389/fmed.2021.813352>
- 12.** Amsterdam A, Krychman M. Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: A retrospective pilot study. *J Sex Med*; 2006, 3 (4), 646–649. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00204.x>
 - 13.** Aydın DR, Yeşiltepe OÜ. Sexual experience of women after pelvic radiotherapy due to cervical ca. *Turkish Journal of Oncology (Turk)*; 2017, 31(4), 119-127. Disponible en: 10.5505/tjo.2016.1472.
 - 14.** Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic oncology*; 2012, 124(3), 477–489. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
 - 15.** Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, Venditti L, Terzano S, Anchora LP et al. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. *BMC cancer*; 2013, 13, 127. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-127>
 - 16.** Martínez FC. La sexualidad en el paciente oncológico. *Revista para profesionales de la salud*; 2019, 2(21), 91-109. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8247635>
 - 17.** Rubio AN, Gonzáles AG. Guía práctica de salud sexual y reproductiva y cáncer. Sociedad Española De Contracepción (España). Implicaciones del cáncer en edad reproductiva; 2024, 43-48. ISBN: 978-84-09-57523-7. Disponible en:
https://hosting.sec.es/GuiaCancer/Guia_SSR_Cancer.pdf

18. Krouwel EM, Nicolai MP, Van der Wielen GJ, Putter H, Krol AD, Pelger R et al. Sexual concerns after (pelvic) radiotherapy: Is there any role for the radiation oncologist? *The journal of sexual medicine*; 2015, 12(9), 1927–1939. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsm.12969>
19. Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *The Cochrane database of systematic reviews*; 2003, (1), CD003750. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003750>
20. Marín LJ. Incluyendo la salud sexual en la consulta de enfermería onco-radioterápica con mujeres con cáncer ginecológico tratadas con braquiterapia y/o radioterapia. *Enfermería Oncológica*; 2022, 24(1). Disponible en: <https://doi.org/10.37395.SSEO.2022.12>
21. López RE, González FE. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología (Barcelona)*; 2005, 28(3), 58-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=es&tlng=es.
22. Prieto MA, Barbarroja EJ, Lara AI, Díaz MD, Pérez GA, Monserrat SJ et al. Aula invertida en enseñanzas sanitarias: recomendaciones para su puesta en práctica. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*; 2019, 22(6), 253-262. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.226.1031>

IV. ANEXOS

4.1 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE
CÉRVIX SOMETIDAS A RADIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE
LAMBAYEQUE, 2022-2024**

ANEXO N°01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estudio: CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER
DE CÉRVIX SOMETIDAS A RADIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE
LAMBAYEQUE, 2022-2024**

**Hospital de Investigación: Hospital Regional
Lambayeque Investigador responsable: Luz Angélica
Rojas Quispe**

Propósito Del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para de evaluar la calidad de vida en las pacientes que fueron diagnosticadas de cáncer de cérvix y recibieron tratamiento con radioterapia. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Hospital Regional Lambayeque. La calidad de vida en las pacientes que fueron diagnosticadas de cáncer de cérvix y recibieron tratamiento con radioterapia, se ve afectada en distintas áreas; pudiendo presentar molestias posteriores, tales como: molestias ginecológicas, digestivas, urinarias, psicológicas, entre otras; y todo esto afecta la esfera sexual de las pacientes. Este tema no ha sido estudiado en amplitud, y por ello las pacientes no reciben el manejo adecuado. Por lo señalado, creemos necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

Procedimientos:

Si usted acepta participar, le informamos que se llevarán a cabo lo siguiente:

1. Se realizará una entrevista de aproximadamente 30 - 40 minutos de duración, en que se aplicarán 02 cuestionarios:
 - a. El primer cuestionario, titulado “QLQ-C30”, tiene 30 preguntas, acerca de su

estado de salud en general, por ejemplo: apetito, cansancio, malestar, entre otros.

b. El segundo cuestionario, titulado “QLQ-CX24”, tiene 24 preguntas, especialmente enfocado en: síntomas ginecológicos, urinarios, digestivos y de la vida sexual.

2. Posterior a ello, los datos serán almacenados en una base de datos con códigos (si usted acepta).

Durante la entrevista, usted no podrá nombrar a personas, facultades, instituciones y/o cualquier información que pudieran afectar o dañar la honra de terceros, durante la entrevista, en caso que esto sucediera, tendremos que eliminar esa información del archivo en presencia de usted.

Riesgos:

Existe la posibilidad de que algunas de las preguntas puedan generarle alguna incomodidad, usted es libre de contestarlas o no.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de algún resultado que se crea conveniente que usted tenga conocimiento. Además, se le otorgará un folleto con información sobre cuáles son las principales molestias causadas por los tratamientos y cómo prevenirlas.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

PERMISO PARA RECONTACTO EN FUTURAS INVESTIGACIONES

Deseamos almacenar sus datos de contacto (número telefónico, WhatsApp, correo según corresponda) por 2 años, para en un futuro invitarlo a nuevas investigaciones relacionadas a calidad de vida sexual posterior al tratamiento de cáncer de cérvix. Si no desea que lo re contactemos para invitarlo a futuras investigaciones puede seguir participando del presente estudio. En ese caso, sus datos de contacto serán utilizados únicamente para el seguimiento durante este estudio y terminada esta investigación sus datos de contacto serán eliminados.

Autorizo a que almacenen mis datos de contacto por 2 años para que me

recontacten e inviten a futuros estudios. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán los datos de contacto).

USO FUTURO DE INFORMACIÓN:

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación por 2 años.

Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras, relacionadas a la calidad de vida en pacientes que han recibido irradiación pélvica, ya sea por cáncer de cérvix o por otro tipo de cáncer en esta área.

Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados.

Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso de un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 2 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

Derechos Del Paciente:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor llame a Luz Angélica Rojas Quispe, a los teléfonos: [REDACTED], correo electrónico [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Así mismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Declaración y/o consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

	Huella digital	Fecha
<u>Firma del participante</u> Nombre: DNI:		
<u>Firma del investigador</u> Nombre: DNI:		

b. PRESUPUESTO

1.1.Recursos Humanos

- a) Asesor metodológico
- b) Asesor Temático
- c) Asesor estadístico

1.2.Recursos Físicos

- a) Computadoras
- b) Internet

1.3.Recursos Tecnológicos

- a) Microsoft Excel 2013
- b) SPSS v24.0

Bienes y servicios (Detallados en el siguiente cuadro)

1.1. Bienes y servicios

Naturaleza del gasto	Item	Nombre del Recurso	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO S./	TOTAL S./
BIENES						
	1	<u>Papel</u> Bond Atlas A-4	1 millar	1	25	25.00
	2	Corrector	UN	2	3.5	7.00
	3	<u>Lapiceros</u>	UN	4	0.5	2.00
	4	USB	UN	1	20	20.00
	5	Frasco de tinta negra HP	UN	3	10	30.00
SERVICIOS						
		Fotocopiado	UN	400	0.1	40.00
		Empastado	UN	4	10	40.00
		Impresiones	UN	400	0.50	200.00
		Movilidad	Traslados por investigador en número de 2			400.00
		Asesoría estadística				2000.00
		Servicio de internet				220.00
TOTAL						2984.00

** El presente proyecto será autofinanciado*

ANEXO N°03: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad		
Nivel de educación	Iletrado	
	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
Estado civil	Soltera	
	Casada	
	Divorciada	
	Viuda	
Procedencia	Urbana	
	Rural	
Empleo	Sí	
	No	
Hijos (número)		
Menopausia	Sí	
	No	
Comorbilidades	HTA	
	DM2	
	Otras: ¿Cuáles?	
Tiempo de enfermedad (meses)		
Estirpe histológica	Carcinoma escamoso	
	Adenocarcinoma	
	Otros	
Estadio FIGO	IB	
	II	
	III	
	IVA	
Tipo de tratamiento	Cirugía + radioterapia	
	Cirugía + quimio/radioterapia	
	Radioterapia sola	
	Quimio/radioterapia radical	

ANEXO N°04: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30 (version 3)

Estamos interesados en conocer el grado de sus síntomas y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, encerrando en un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "correctas" o "incorrectas". La información que Ud. proporcione será estrictamente confidencial. Es importante conocer el grado de sus síntomas en cada pregunta marcando "en absoluto", "un poco", "bastante" o "mucho".

Por favor, ponga sus iniciales.

--	--	--	--

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

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

La fecha de hoy (día, mes, año).

31

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

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata larga?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata corta fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:				
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Le faltó el aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha sentido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Se le ha quitado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

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

Por favor, en las siguientes preguntas, encierre en un círculo el número del 1 al 7 que mejor se aplique a Ud.

29. ¿Qué puntaje le daría a su salud en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésimo

Excelente

30. ¿Qué puntaje le daría a su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésimo

Excelente

ANEXO N°05: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

EORTC QLQ-CX24

EORTC OLO – CX24

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas, por favor, responda rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
31. ¿Ha experimentado espasmos en el estómago (en la tripa)?	1	2	3	4
32. ¿Ha tenido alguna dificultad para controlar el intestino (ej.: involuntaria)?	1	2	3	4
33. ¿Ha observado la presencia de sangre en sus heces (deposiciones)?	1	2	3	4
34. ¿Orinaba (aguas menores) con frecuencia?	1	2	3	4
35. ¿Ha sentido dolor o escozor al orinar (aguas menores)?	1	2	3	4
36. ¿Ha tenido pérdidas de orina (ej.: involuntaria)?	1	2	3	4
37. ¿Ha experimentado alguna dificultad para vaciar su vejiga?	1	2	3	4
38. ¿Ha experimentado hinchazón en una o ambas piernas?	1	2	3	4
39. ¿Ha experimentado dolor en la región lumbar?	1	2	3	4
40. ¿Ha experimentado hormigueo/entumecimiento y/o una disminución de la sensibilidad en manos o pies?	1	2	3	4
41. ¿Ha sentido irritación o molestias vaginales o vulvares?	1	2	3	4
42. ¿Ha experimentado pérdidas vaginales?	1	2	3	4
43. ¿Ha experimentado alguna hemorragia vaginal anormal?	1	2	3	4
44. ¿Ha sentido sofocos y/o sudores?	1	2	3	4
45. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
46. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
47. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4

Durante las últimas cuatro semanas:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
48. ¿Le ha preocupado que el sexo pudiera resultar doloroso?	1	2	3	4
49. ¿Ha tenido una vida sexual activa?	1	2	3	4

Por favor responda a las siguientes sólo si ha estado sexualmente activo en las 4 últimas semanas

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
50. ¿Tuvo sequedad vaginal durante la actividad sexual?	1	2	3	4
51. ¿Tuvo problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más corta?	1	2	3	4
52. ¿Tuvo problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más estrecha?	1	2	3	4
53. ¿Tuvo problemas porque sintiera dolor durante el coito?	1	2	3	4
54. ¿Les resultaron placenteras las relaciones sexuales?	1	2	3	4