

Aspectos psicosociales de mujeres embarazadas con diagnóstico de cáncer ginecológico: una revisión de alcance.

Psychosocial aspects of pregnant women diagnosed with gynecological cancer: a scoping review

Alejandra Muñoz-Moya¹ , Amanda Ahumada-López² , Camila Gálvez-Milla² ,
Natalia Lebuy-Guerrero² , Constanza Muñoz-Arellano² , Ignacia Órdenes-Ramírez² 

¹ Matrona, Académica, Escuela de Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Chile

² Estudiante de pregrado, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile.

*Correspondencia Alejandra Muñoz-Moya, E-mail: alejandra.munoz@uv.cl

RESUMEN

Objetivo: el cáncer ginecológico durante la gestación constituye una condición clínica poco frecuente y compleja, que plantea desafíos tanto médicos como psicosociales. El objetivo de este estudio fue mapear la evidencia científica disponible sobre los aspectos psicosociales en gestantes diagnosticadas con cáncer ginecológico.

Metodología: se realizó una revisión de alcance siguiendo la metodología PRISMA-ScR 2020 y el marco PCC. Se efectuó una búsqueda en diferentes bases de datos empleando términos MeSH, relacionados con embarazo, cáncer ginecológico y factores psicosociales. Inicialmente se identificaron 936 artículos, de los cuales se seleccionaron nueve estudios que cumplieran con los requisitos establecidos.

Resultados: los hallazgos evidencian que estas mujeres enfrentan altos niveles de ansiedad, depresión y angustia relacionados con la incertidumbre diagnóstica, el temor a la pérdida del embarazo y la posible progresión del cáncer. Se describen repercusiones sociales como el estigma, el aislamiento y la disminución del apoyo de sus redes cercanas, además de dificultades en la toma de decisiones terapéuticas influenciadas por factores culturales, familiares y éticos.

Conclusión: el cáncer ginecológico durante el periodo de gestación impacta significativamente en la esfera psicosocial de las mujeres, lo que demanda un abordaje integral e interdisciplinario que contemple el acompañamiento psicológico y social.

ABSTRACT

Objective: gynecological cancer during pregnancy is a rare and complex clinical condition that poses both medical and psychosocial challenges. The objective was to map the available scientific evidence on the psychosocial aspects in pregnant women diagnosed with gynecological cancer.

Methodology: a scoping review was conducted following the PRISMA-ScR 2020 methodology and the PCC framework. A search was performed in different databases using MeSH terms related to pregnancy, gynecological cancer, and psychosocial factors. Initially, 936 articles were identified, of which nine studies that met the established requirements were selected.

Result: the findings show that these women face high levels of anxiety, depression, and distress related to diagnostic uncertainty, fear of pregnancy loss, and possible cancer progression. Social repercussions such as stigma, isolation, and decreased support from their close networks are described, as well as difficulties in therapeutic decision-making influenced by cultural, family, and ethical factors.

Conclusion: gynecological cancer during pregnancy has a significant impact on women's psychosocial well-being, requiring a comprehensive and interdisciplinary approach that includes psychological and social support.

Palabras claves: Embarazo, Cáncer ginecológico, Factores psicosociales.

Key words: Pregnancy, Gynecological cancer, Psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

La gestación es un proceso caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan tanto a la madre como al feto [1,2]. Aunque estos cambios son propios del embarazo, esta etapa no está exenta de posibles complicaciones.

En la actualidad, la incidencia del cáncer, segunda causa de muerte a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de unos 20 millones de casos, cada año, los cuales generan 9,7 millones de muertes, lo que constituye un desafío significativo para la salud pública [3,4]. En las mujeres, el cáncer puede aparecer en distintas etapas de la vida, generando impactos físicos, emocionales y sociales que complejizan su manejo [5,6,7]. Entre estos, los cánceres ginecológicos —como el de ovario, de endometrio, de vulva y de cuello uterino— afectan los órganos reproductivos femeninos [7,8,9].

El diagnóstico de cáncer durante el embarazo es poco frecuente, con una incidencia aproximada de 1 caso cada 1.000 gestaciones [10,11]. Esta situación clínica demanda una atención multidisciplinaria para ofrecer un tratamiento adecuado a la madre, sin comprometer la salud fetal [10,12]. Parte del abordaje incluye el uso de técnicas de imagen. No obstante, la exposición a radiación en esta etapa puede provocar efectos adversos en el feto, como restricción del crecimiento, retraso mental y microcefalia [13]. Por ello, se priorizan métodos diagnósticos no ionizantes, aunque no siempre están disponibles en todos los centros de salud, lo que limita el acceso al diagnóstico adecuado [14].

El tratamiento del cáncer se basa en cirugía, radioterapia, quimioterapia y agentes biológicos. La radioterapia está contraindicada en el primer trimestre, pues afecta la organogénesis, pero puede considerarse en los trimestres posteriores. La quimioterapia se reserva para estadios avanzados y también debe evitarse en el primer trimestre. Cuando se utiliza durante el embarazo, se recomienda administrar un solo fármaco para reducir riesgos fetales [15,16].

El parto también plantea desafíos. Aunque el parto vaginal no suele estar contraindicado, en casos de cáncer cervicouterino o vulvovaginal se sugiere una cesárea, debido al riesgo de implantación de células cancerosas en desgarros o heridas de episiotomía [17]. Esto representa un obstáculo en mujeres que deseen un parto vaginal.

Se ha comprobado la eficacia de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer cervicouterino en estadios avanzados [16]. Durante el embarazo, su uso en el segundo y tercer trimestre se asocia con menores complicaciones [18]. Sin embargo, puede alterar los perfiles bacterianos y metabólicos de la leche materna, lo que repercute en la lactancia [19].

El cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer ginecológico más común durante el embarazo [12, 20]. El tratamiento de estas patologías implica decisiones éticas

y clínicas complejas, pues involucra órganos esenciales para la gestación. Los profesionales deben equilibrar la eficacia terapéutica con los riesgos fetales, lo que genera una considerable carga psicosocial en la gestante [20, 21].

En virtud de lo expuesto, se formuló la pregunta ¿qué aspectos psicosociales describe la literatura en gestantes con diagnóstico de cáncer ginecológico? El objetivo principal de este estudio, por tanto, fue explorar, identificar y sistematizar la evidencia científica existente sobre los aspectos psicosociales en gestantes diagnosticadas con cáncer ginecológico.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de alcance, de carácter descriptivo, se reporta estrictamente bajo la extensión para revisiones de alcance de la declaración PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) con su respectivo registro, como guía metodológica [22], con el objetivo de mapear la evidencia científica disponible sobre los aspectos psicosociales en mujeres con cáncer ginecológico durante el embarazo.

La búsqueda bibliográfica se efectuó en seis bases de datos previamente definidas: CINAHL, Medline, Web of science, Scopus, Wiley y Science direct. La estrategia de búsqueda se elaboró utilizando sinónimos MESH, como “pregnancy”, “gynecological cancer”, “genital neoplasm”, “psychosocial factors” y otros sinónimos claves (ver Tabla N°1). La fórmula principal utilizada fue:

["pregnancy"] AND ["gynecological cancer"] AND ["psychosocial"]

Esta búsqueda estudios en español, portugués y principalmente en inglés, dado que es un idioma universal en la publicación científica y permite acceder a un mayor número de artículos relevantes, considerando que la mayoría de los textos académicos se publican en inglés, independientemente de su idioma original. [23].

La revisión se limitó a publicaciones comprendidas en el periodo 2016–2025, con el objetivo de acceder a literatura reciente y actualizada, asegurando que los hallazgos reflejaran evidencia vigente y tendencias actuales sobre la temática. Esto permitió identificar un total inicial de n=936 artículos. Tras la eliminación de duplicados (502), se obtuvo un total de 434 documentos.

Posteriormente, se realizó lectura preliminar de títulos y resúmenes aplicando los criterios de elegibilidad. Se consideraron estudios de cualquier diseño metodológico que abordaran factores psicosociales de las embarazadas con diagnóstico de cáncer ginecológico, incluyendo estudios cuantitativos, cualitativos, mixtos, revisiones de literatura y documentos de consenso o guías clínicas. Asimismo, se contemplaron investigaciones en cualquier nivel de atención durante el control del embarazo y publicaciones en español, inglés o portugués.

Se excluyeron estudios que incluyeran población no binaria o personas transmasculinas que cursaran una gestación, así como revisiones sistemáticas, scoping reviews o metaanálisis, editoriales, cartas al editor, comentarios o protocolos sin resultados, ya que incluir revisiones o literatura secundaria duplicaría hallazgos y sesgaría la síntesis. También se descartaron estudios centrados solo en aspectos biomédicos u oncológicos sin considerar dimensiones psicosociales, y artículos con concomitancia de otro tipo de cáncer. Con base en estos criterios, se identificaron 37 documentos aptos para su revisión; de estos, cuatro no contaban con acceso completo y fueron excluidos, quedando finalmente 33 artículos disponibles para lectura completa.

Para organizar la selección y análisis, se diseñó una hoja de cálculo en Excel con los 33 estudios, registrando información como base de datos, autor, título, año, variables y clasificación de cada documento como “incluir”, “excluir” o “incertidumbre”. La lectura de los artículos se realizó en duplas de investigadoras de forma independiente, garantizando rigor metodológico y minimización de sesgos.

Tras esta revisión, se excluyeron 24 artículos por no cumplir los criterios, principalmente por falta de información psicosocial, ser revisiones sistemáticas o tener enfoque clínico exclusivo, quedando nueve para el análisis (Ver Figura 1). Posteriormente, se generó una segunda hoja de Excel para organizar las categorías de análisis identificadas en los nueve artículos seleccionados, incluyendo su definición y bibliografía que justificara cada una, con el fin de sistematizar la información y facilitar la discusión de los datos en la etapa de análisis.

RESULTADOS

Posterior al tamizaje sistemático, se incluyeron nueve estudios que evidencian una heterogeneidad metodológica significativa con predominio de diseños cualitativos y transversales. Se utilizaron herramientas JBI y CASP para la evaluación metodológica, la que refleja una fragmentación en la medición de las variables, pero con una alta riqueza fenomenológica. Se sugiere un eventual sesgo de representación debido a la concentración geográfica de los estudios en países de altos ingresos. La tabla N°2 describe las principales características de los textos integrados, nombrándose: título, autor, año de publicación y tipo de estudio.

Las principales variables identificadas fueron: el apoyo profesional, estrés y la ansiedad [24] (Ver figura 2). Las variables se categorizaron en 5 dimensiones (Ver Tabla N°3); Variables emocionales/psicológicas, genera un impacto emocional dominado por pensamientos intrusivos y niveles clínicos de ansiedad. Variables sociales/de apoyo, como principal modulador de resiliencia. Variables cognitivas/decisionales, donde la preservación de la fertilidad y la autonomía de preservar el embarazo son focos de estrés moral. Variables demográficas/contextuales,

las que dependerán de la población en estudio y políticas sanitarias y por último las Variables estratégicas, que se refleja en la carencia de protocolos.

DISCUSIÓN

La revisión realizada confirma que, aunque el diagnóstico de cáncer ginecológico durante la gestación no es solo un evento clínico complejo, sino un fenómeno “biopsicosocial total”. Se observa que la carga psicosocial de estas mujeres es cualitativamente diferente a la de mujeres no gestantes con cáncer. En estas mujeres la culpa actúa como eje transversal que complica afrontarlo desde el punto de vista cognitivo en la interrupción del embarazo priorizando la salud de la madre [25], ya que además afectan el bienestar de la gestante y el feto, aumentando el riesgo como parto prematuro y bajo peso al nacer [24, 25].

La depresión inducida por los tratamientos oncológicos afectó la capacidad de las mujeres para cuidar al recién nacido y generó complicaciones a largo plazo [26]. La fatiga, exacerbada por la enfermedad y el tratamiento, impactó tanto el bienestar físico como emocional de las gestantes [27].

El miedo a la muerte, la progresión de la enfermedad y los riesgos para la salud fetal son emociones comunes en las gestantes. El arrepentimiento surge cuando sienten que no tuvieron tiempo para tomar decisiones informadas, añadiendo carga emocional [29].

La incompreensión del entorno social, al no recibir apoyo de familia o amigos, intensifica el aislamiento emocional de las gestantes [24]. Además, los pensamientos intrusivos, como los repetitivos y no deseados, aumentan la angustia emocional y dificultan la toma de decisiones. [26].

Las disfunciones sexuales, como dispareunia y pérdida de deseo, debido a los efectos de los tratamientos oncológicos, afectan la calidad de vida física, emocional y de pareja de las gestantes. Además, la preocupación por el futuro, incluyendo las repercusiones del tratamiento y la fertilidad, añade una carga significativa durante el embarazo. [25]

En contraste con resultados de otras revisiones (30, 31, 32), se coincide en señalar que estas mujeres experimentan emociones complejas y estresantes susceptibles de generar un trauma emocional prolongado, siendo las principales: estrés, ansiedad [31], angustia [32], culpa y depresión [30]. Estos hallazgos se relacionan con esta revisión, describiendo que dicho diagnóstico impacta en el bienestar emocional de la gestante y en la salud fetal [30]. Esto subraya la necesidad de un enfoque de cuidado que trascienda la supervivencia biológica.

Variables sociales/de apoyo

Se identifica la relevancia que dan las usuarias al apoyo profesional durante la atención de salud. Se recalca de manera imperativa que la falta de acompañamiento ins-

pira desconfianza e inseguridad hacia el equipo de salud desde la usuaria y su familia [27, 29]. Se resalta la necesidad de consejería psicológica, comunicación empática y constante desde el equipo multidisciplinario de salud. [25, 33, 34]. El profesional de matronería es el que se encuentra más cercano a estas pacientes y debe asumir la responsabilidad de fortalecer este apoyo.

En la variable de apoyo social, se destaca la importancia de mantener contacto con otras personas que atraviesan una situación similar para otorgar contención emocional, estas redes se asocian con mayor estabilidad psicológica, disminuyendo el aislamiento de la gestante. [24, 28, 33]. Dentro del rol profesional de matronería está el asegurar la implementación de estrategias que aseguren este apoyo social

Dentro de la participación de la pareja se expone que un diagnóstico oncológico en embarazo impacta significativamente la relación y el vínculo materno, por lo que se recomienda entregar consejería y apoyo psicológico a la gestante y su pareja. [24]. Las parejas sufren niveles de angustia similares sobre la salud del hijo, la enfermedad oncológica y el embarazo, remarcando la necesidad de asesoría psicológica para evaluar la incertidumbre, preocupaciones y estrategias de afrontamiento. [25].

Esto se relaciona con la influencia de la familia. Se describe una carga directa entre el diagnóstico y la dinámica familiar, la familia es un factor influyente en la adherencia al tratamiento, curso de la enfermedad y decisiones terapéuticas [35]. "Seis participantes fueron persuadidas por sus familiares o amigos a priorizarse sobre su feto o su fertilidad. Ninguna de las seis mujeres interpretó el consejo de cuidarse a sí mismas como un mensaje positivo" [29].

La alteración del vínculo parento-filial está asociada con disfunciones familiares y la generación de crisis derivadas del diagnóstico oncológico. Factores como el estrés afectan en la crianza inicial y la redefinición de roles dentro del hogar. De esta forma, se desencadenan dificultades relacionadas con el apego prenatal que posteriormente afectan la vinculación parento-filial y el rol maternal [24].

Se compara la evidencia con otras revisiones [30], donde cobra relevancia el adecuado apoyo profesional, social y psicológico para la reducción de emociones estresantes, mediante un enfoque multidisciplinario [30, 31]. Sin embargo, se profundiza en conceptos como creencias religiosas y emocionales, influyentes en la toma de decisiones [31].

Variables cognitivas/decisionales

En testimonios revisados, las usuarias enfrentaron la decisión de preservar o interrumpir el embarazo debido a riesgos para la salud materna y fetal, lo que refleja los dilemas éticos y clínicos involucrados [29]. Un estudio menciona la preocupación sobre si las participantes podrán dar a luz o si el cáncer progresará si continúan con el embarazo, destacando el conflicto entre priorizar

la vida de la madre o el feto [29]. Seis participantes optaron por mantener el embarazo, viéndolo como su última oportunidad de dar a luz, preocupándose no solo por su situación actual, sino también por el impacto futuro en su salud y fertilidad

La variable de preservación de fertilidad determina la calidad de vida de estas mujeres, y aumenta niveles de ansiedad [34]. La fertilidad es considerada un factor influyente notable en la sexualidad femenina, de modo que su pérdida puede implicar sentimientos de desidentificación, afectación de femineidad y frustración.

En otras revisiones [30, 31], se destaca que la preservación de la fertilidad en mujeres supervivientes constituye un aspecto importante en su proyecto vital [31]. Por lo tanto, se debe considerar la fertilidad futura, las alternativas de crío preservación y tiempos de nuevo embarazo [31].

Variables demográficas/contextuales

La edad materna avanzada se menciona como un factor relevante, ya que la postergación de la maternidad podría aumentar los embarazos en edades más altas, elevando la probabilidad de diagnóstico de cáncer de ovario durante la gestación. Este diagnóstico, debido a su baja prevalencia, limita la experiencia de los profesionales en su manejo [36], y la falta de investigaciones sobre la salud mental de estas gestantes es una variable significativa [28, 33]. Además, una encuesta en 36 países reveló vacíos en el manejo psicosocial de estas mujeres, con un conocimiento aún limitado entre los profesionales [36].

Frente a otras revisiones [30,31,32] se resalta la falta de investigación en materias de impacto psicosocial de las gestantes [30], lo que genera un reto para el equipo médico de matronería, dada la limitada existencia de grandes ensayos aleatorizados y la consecuente falta de guías clínicas. [31].

Variables estratégicas

Las estrategias de afrontamiento se consideran una variable relevante. En un estudio con 61 mujeres y sus parejas, se clasificaron las estrategias en afrontamiento positivo, internalizante y basado en la culpa. Se observó que las estrategias internalizantes, como pensamientos intrusivos y catastrofismo, se asociaron a mayor estrés, mientras que las positivas, como aceptación, reenfoque y reevaluación, se vincularon a menores niveles de estrés y ansiedad [26].

Otras revisiones examinadas [31,32] concuerdan en que el diagnóstico de cáncer en gestación representa un periodo de adaptación y afrontamiento, con implicancias físicas y psicosociales [32]. Asimismo, se plantea que, según el modo que la gestante gestiona dichos aspectos, resulta crucial establecer un plan de intervención individualizado, con el propósito de garantizar el bien materno y fetal [31].

La principal limitación de esta revisión, dada la especificidad y baja frecuencia del tema, fue la escasa evidencia sobre el ámbito psicosocial en gestantes con cáncer

ginecológico, sugiriendo avanzar en investigaciones que estandaricen en indicadores psicosociales en obstetricia ginecológica. También influyeron la limitada ventana de búsqueda, las restricciones de idioma y la falta de acceso a algunos textos completos, lo que pudo reducir los hallazgos disponibles. Por otra parte, se identifica un “vacío de intervención” se conoce lo que sienten estas mujeres, pero no como las eventuales intervenciones pueden mitigar este distrés.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de cáncer ginecológico durante el embarazo tiene un impacto significativo en la salud emocional, social y física de las mujeres gestantes. Las principales variables identificadas en esta revisión incluyen apoyo profesional, estrés, ansiedad, depresión y voluntad de preservar el embarazo, entre otras. Estas variables destacan la importancia de un enfoque integral en el tratamiento de estas mujeres, que no solo aborde los aspectos clínicos, sino también los emocionales y sociales.

La inclusión de matronas en equipos multidisciplinarios es fundamental, pues aportan seguimiento obstétrico y acompañamiento cercano. Detectan precozmente necesidades psicosociales, ofrecen consejería especializada y facilitan la comunicación entre mujer, familia y profesionales de salud. Su rol fortalece la autonomía de la gestante, disminuye ansiedad y estrés, y favorece la adherencia al tratamiento. Además, integran la perspectiva de salud sexual y reproductiva con sensibilidad cultural y ética, consolidando una atención integral y humanizada durante la gestación.

La falta de investigaciones específicas evidencia la necesidad de estudios que profundicen en estrategias psicosociales lideradas por matronas, evalúen su impacto en calidad de vida y toma de decisiones, desarrollen guías clínicas integrales y avancen hacia un modelo de atención multidisciplinario y biopsicosocial que incluya a la matronería, mejorando bienestar y atención de gestantes con cáncer ginecológico.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

No se declararon fuentes de financiamiento externo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- **Conceptualización:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes
- **Curación de datos:** Constanza Muñoz
- **Análisis formal:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes

- **Investigación:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes
- **Metodología:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes.
- **Administración del proyecto:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes.
- **Recursos:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes.
- **Software:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes.
- **Supervisión:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes.
- **Validación:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes
- **Visualización:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes
- **Redacción – borrador original:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes
- **Redacción – revisión y edición:** Alejandra Muñoz, Amanda Ahumada, Camila Gálvez, Natalia Lebuy, Constanza Muñoz, Ignacia Órdenes.

REFERENCIAS

1. **Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ.** Hacker & Moore's essentials of obstetrics and gynecology. 6th ed. Filadelfia (PA), Elsevier; 2016.
2. **Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM.** Williams obstetricia. 26.^a ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2022.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. **Organización Mundial de la Salud.** Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios [Internet]. Ginebra: OMS; 2024. [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
5. **Bourlon MT, Barragan-Carrillo R, Mesa-Chávez F, Villarreal-Garza C.** Challenges of treating young women with cancer in the era of new oncologic treatments. Rev Invest Clin. 2021;73(5):302-5. <https://doi.org/10.24875/RIC.21000312>
6. **Virtue SM, Manne SL, Darabos K, Heckman CJ, Ozga M, Kissane D, et al.** Emotion episodes during psychotherapy sessions among women newly diagnosed with gy-

necological cancers. *Psychooncology*. 2015;24(9):1189–96. <https://doi.org/10.1002/pon.3737>

7. **Sánchez-Pedraza R, Sierra-Matamoros F, Morales-Mesa OL.** Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: un estudio transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(1):25–34. <https://doi.org/10.18597/rcog.2979>

8. **González-Martín A.** El cáncer ginecológico. *Arbor*. 2015;191(773):a237. <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3007>

9. **Hailu HE, Mondul AM, Rozek LS, Geleta T.** Descriptive epidemiology of breast and gynecological cancers among patients attending Saint Paul's Hospital Millennium Medical College, Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(3):e0230625. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230625>

10. **Durden AA, Montgomery A, Newton C, Patel A.** Gynaecological malignancy in pregnancy. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2024;45(5):1–9. <https://doi.org/10.22514/ejgo.2024.088>

11. **Bohlin KS, Brännström M, Dahm-Kähler P.** Gynecological cancer during pregnancy—from a gynecological perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024;103(4):761–6. <https://doi.org/10.1111/aogs.14763>

12. **China S, Sinha Y, Sinha D, Hillaby K.** Management of gynaecological cancer in pregnancy. *Obstet Gynaecol*. 2017; 19(2):139–46. <https://doi.org/10.1111/tog.12367>

13. **Velázquez Martín M, Lojo Lendoiro S, Soto Flores N, Jiménez Gómez E, Abadal Villayandre JM, Datino T, et al.** Exposición ocupacional a radiación ionizante en profesionales gestantes: documento de consenso de ACI-SEC/ARC-SEC/SERVEI/SENAR/SERAM/GeNI. *REC Interv Cardiol*. 2025;7(4):246–254. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M25000526>

14. **Storgaard L, Greiber IK, Pedersen BW, Nielsen BB, Karlsson MA.** Cancer in pregnancy – the obstetrical management. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024;103(4):630–5. <https://doi.org/10.1111/aogs.14653>

15. **Mazzola R, Corradini S, Eidemüller M, Figlia V, Fiorentino A, Giaj-Levra N, et al.** Modern radiotherapy in cancer treatment during pregnancy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2019;136:13–9. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.02.002>

16. **Cubillo A, Morales S, Goñi E, Matute F, Muñoz JL, Pérez-Díaz D, et al.** Multidisciplinary consensus on cancer management during pregnancy. *Clin Transl Oncol*. 2021;23(6):1054–66. <https://doi.org/10.1007/s12094-020-02491-8>

17. **Palicelli A, Tonni G, Torricelli F, Melli B, Cusenza VY, Martinelli S, et al.** Metastatic carcinomas at the episiotomy site: a systematic literature review. *Cancers*

(Basel). 2025;17[17]:2801. <https://doi.org/10.3390/cancers17172801>

18. **Metcalfe A, Cairncross ZF, McMorris CA, Friedreich CM, Nelson G, Bhatti P, et al.** Cancer chemotherapy in pregnancy and adverse pediatric outcomes: a population-based cohort study. *J Natl Cancer Inst*. 2025;117(3):554–61. <https://doi.org/10.1093/jnci/djae273>

19. **Melekoglu E, Yilmaz B, Çevik A, Gökyıldız Sürücü Ş, Avcıbay Vurgeç B, Gözüyeşil E, et al.** The Impact of the human milk microbiota in the prevention of disease and infant health. *Breastfeed Med*. 2023;18(6):413–30. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0292>

20. **Korenaga TK, Tewari KS.** Gynecologic cancer in pregnancy. *Gynecol Oncol*. 2020;157(3):799–809. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.03.015>

21. **Nanda S, Nana M, Nguyen-Hoang L, Adam S, McAuliffe F, Bergman L, et al.** Cancer in pregnancy: FIGO best practice advice and narrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025;171(1):131–51. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70258>

22. **Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.** The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

23. **Ramírez-Castañeda V.** Disadvantages in preparing and publishing scientific papers caused by the dominance of the English language in science: the case of Colombian researchers in biological sciences. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238372>

24. **Amant F, Berveiller P, Boere IA, Cardonick E, Fruscio R, Fumagalli M, et al.** Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. *Ann Oncol*. 2019;30[10]:1601–12. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz228>

25. **Vandenbroucke T, Han SN, Van Calsteren K, Wilderjans TF, Van den Bergh BRH, Claes L, et al.** Psychological distress and cognitive coping in pregnant women diagnosed with cancer and their partners. *Psychooncology*. 2017;26(8):1215–21. <https://doi.org/10.1002/PON.4301>

26. **Betchen M, Grunberg VA, Gringlas M, Cardonick E.** Being a mother after a cancer diagnosis during pregnancy: maternal psychosocial functioning and child cognitive development and behavior. *Psychooncology*. 2020;29(7):1148–55. <https://doi.org/10.1002/pon.5390>

27. **Szablewska AW, Zdun-Ryżewska A.** Longitudinal Assessment of Fatigue in Pregnancy Complicated by Cervical Cancer: A Prospective Case Study and Implications for Nursing and Midwifery Practice. *Nurs Rep*. 2025; 15:108. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030108>

28. LeJeune C, Mora-Soto N, Storgaard L, Pareja R, Amant F. Cervical cancer in pregnancy. *Semin Perinatol.* 2025;49(2):152038. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2025.152038>

29. Kozu M, Masujima M, Majima T. Experience of Japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care. *Jpn J Nurs Sci.* 2020; 17(2), e12300. <https://doi.org/10.1111/jjns.12300>

30. Harris J, Ream E, Armes J, Gibson F, Marcu A, Parsons CT, et al. What do we know about the psychosocial issues associated with cancer during pregnancy? A scoping review and gap analysis. *BMJ Open.* 2023;13(7):e063283. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063283>

31. Samarasinghe A, Shafi MI. Cancer in pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2014;24[11]:333-9. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.08.005>

32. Harrison P. Psychosocial impact of a cancer diagnosis during pregnancy. *Nurs Womens Health* 2013;17(5):437-42. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12067>

33. Reed N, Balega J, Barwick T, Buckley L, Burton K, Eminowicz G, et al. British Gynaecological Cancer Society (BGCS) cervical cancer guidelines: Recommendations for practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 256:433-65. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.08.020>

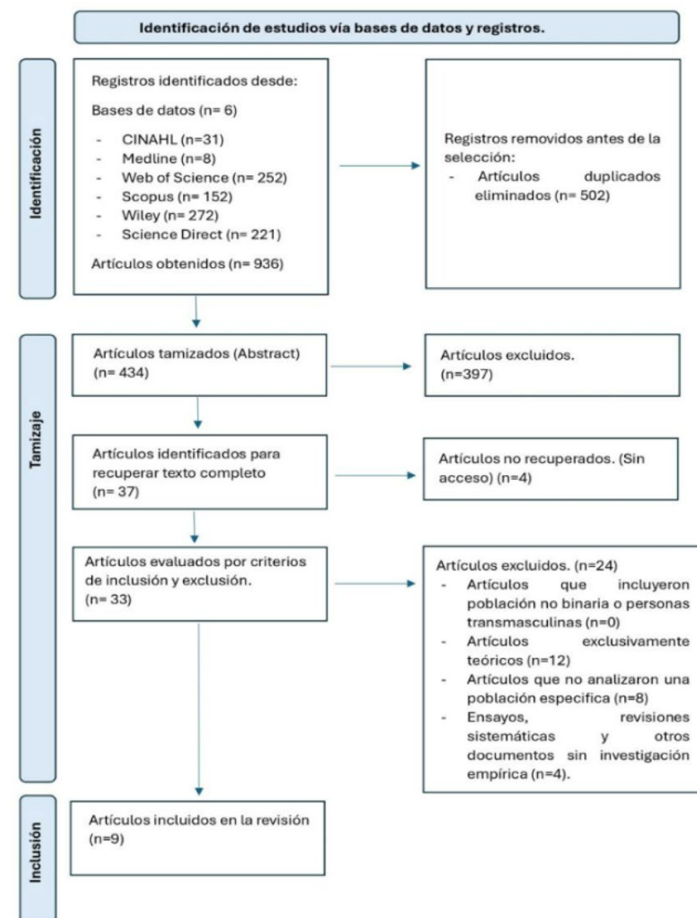
34. Xu T, Wang L, Jia Y, Jia Z, Li Z, Cui S, et al. Long-term multidisciplinary integrative therapy management resulted in favorable outcomes for ovarian cancer during pregnancy: a case report and literature review. *J Ovarian Res.* 2019; 12:108. <https://doi.org/10.1186/s13048-019-0584-3>

35. Rolland JS. Cancer and the family: an integrative model. *Cancer.* 2005;104[11]:2584-95. <https://doi.org/10.1002/cncr.21489>

36. Heimovaara JH, van Calsteren K, Lok CAR, Evens AM, Hoegl J, Ferber A, et al. Results of an international survey on the current organization of care for pregnant women with cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024;103(4):751-6. <https://doi.org/10.1111/aogs.14748>

ANEXOS

FIGURA 1. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



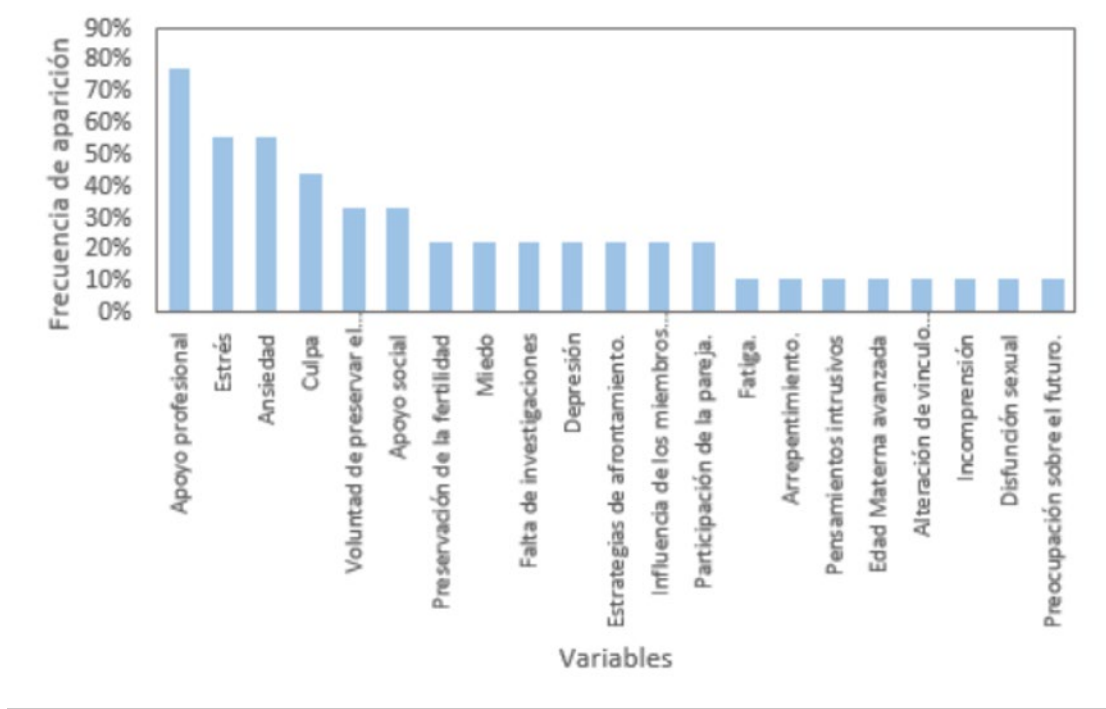
Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 2. Tabla de principales características de textos integrados

Título	Autor(es)	Año de publicación	Tipo de estudio
“Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting”(24)	Amant, F.	2019	Guía de consenso internacional
Long-term multidisciplinary integrative therapy management resulted in favorable outcomes for ovarian cancer during pregnancy: a case report and literature review (25)	Xu, Tianmin	2019	Informe de caso Revisión de literatura
“Cervical cancer in pregnancy” (26)	Lejeune, C.	2025	Revisión de literatura
“Being a mother after a cancer diagnosis during pregnancy: Maternal psychosocial functioning and child cognitive development and behavior” (27)	Betchen, M.	2020	Estudio transversal
“Results of an international survey on the current organization of care for pregnant women with cancer” (28)	Heimovaara, J.	2024	Estudio transversal
“Psychological distress and cognitive coping in pregnant women diagnosed with cancer and their partners” (29)	Vandenbroucke, T.	2016	Estudio transversal
“Experience of Japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care” (30)	Kozu, M	2019	Estudio Cualitativo
“Longitudinal Assessment of Fatigue in Pregnancy Complicated by Cervical Cancer: A Prospective Case Study and Implications for Nursing and Midwifery Practice.” (31)	Szablewska A	2025	Estudio de caso
“British Gynaecological Cancer Society (BGCS) cervical cancer guidelines: Recommendations for practice” (32)	Reed, N.	2021	Estudio de consenso de expertos

Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 3. Gráfico en orden decreciente de variables.



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 3. Gráfico en orden decreciente de variables.

Variables emocionales/psicológicas	• Estrés • Ansiedad • Culpa • Miedo • Arrepentimiento • Incomprensión • Pensamientos intrusivos • Disfunciones sexuales • Fatiga • Preocupación por el futuro • Depresión
Variables sociales/de apoyo	• Apoyo social • Apoyo profesional • Influencia de los miembros de la familia • Alteración del vínculo parento/filial • Participación de la pareja
Variables cognitivas/decisionales	• Preservación de la fertilidad • Voluntad de preservar el embarazo
Variables demográficas/contextuales	• Edad materna avanzada • Falta de investigaciones
Variables estratégicas	• Estrategias de afrontamiento

Fuente: Elaboración propia.