

# OUTLOOK

## Número Actualizado sobre Cáncer Cervical

Actualización del Volumen 16, Número 1 de *Outlook*  
(Noviembre, 1998)

### Prevención del Cáncer Cervical en las Comunidades de Escasos Recursos

**E**l cáncer cervical constituye un grave problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente en los países en desarrollo. Anualmente más de 231.000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad, y más del 80 por ciento de estas muertes ocurre precisamente en los países en vías de desarrollo.<sup>1</sup> Sin embargo, este cáncer causado por el virus del papiloma humano (VPH) que es un agente de transmisión sexual, puede prevenirse oportunamente identificando y tratando a aquellas mujeres con lesiones precancerosas del cuello uterino (cérvix) producidas por el VPH. En algunas comunidades, la implementación de estrategias para prevenir la transmisión del VPH también contribuye a disminuir la incidencia de este cáncer. Si bien en todo el mundo se están haciendo esfuerzos para reducir el impacto del cáncer cervical en la salud, la mayoría de los intentos llevados a cabo en países subdesarrollados no han tenido éxito, debido a factores tales como la falta de conciencia acerca del problema, el acceso restringido a las intervenciones de salud necesarias, la imposibilidad de proveer de exámenes de Papanicolau a las mujeres que lo requieren y al uso poco eficiente de los recursos disponibles. Las lecciones aprendidas de la experiencia de los programas, conjuntamente con la información surgida tanto de la investigación como de la evaluación de las políticas, hacen más factible hoy en día desarrollar programas costo-efectivos integrados en las comunidades de escasos recursos.

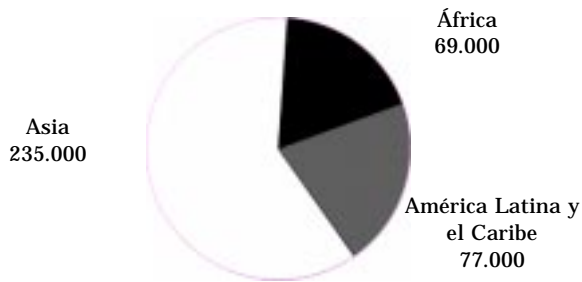
Este número actualizado de *Outlook* analiza los aspectos que deben abordarse para proporcionar servicios exitosos de prevención del cáncer cervical, y resume las experiencias y lecciones aprendidas de los programas que se han llevado a cabo en países en desarrollo. Gran parte de la información que se incluye en este artículo ha sido adaptada de la publicación de *PATH Planning Appropriate Cervical Cancer Programs (Planificación de Programas Adecuados de Prevención del Cáncer Cervical)*, segunda edición.<sup>2</sup>

#### Magnitud del Problema

El cáncer cervical ocupa el tercer lugar entre los cánceres más comunes en el mundo y es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de países en desarrollo. De acuerdo a la última compilación de datos mundiales, cada año se producen en el mundo alrededor de 466.000 nuevos casos, y cerca del 80 por ciento de ellos ocurre en el mundo en desarrollo. (Ver Figura 1) Las tasas más altas son las de Melanesia, África del Sur, África Oriental, y América Central.<sup>1</sup>

Una razón importante que explica la alta incidencia de este cáncer en los países en desarrollo es la falta de programas eficaces enfocados a pesquisar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen en un cáncer invasor. En comparación con lo que ocurre en los países desarrollados, son muy pocas las mujeres de las comunidades en desarrollo las que tienen acceso a exámenes para detectar lesiones cervicales precancerosas.

**Figura 1. Número Estimado de Nuevos Casos de Cáncer Cervical en Algunas Regiones en Desarrollo, 2000**



Fuente: Parkin, 2000.<sup>1</sup>

## Principios Básicos para el Control del Cáncer Cervical

La gran mayoría de los casos de cáncer cervical son causados por el VPH, un agente de transmisión sexual que infecta las células del cérvix y lentamente produce cambios celulares que pueden derivar en un cáncer.<sup>3</sup> Un estudio realizado el año 1999 estimó que en más del 99 por ciento de los casos de cáncer cervical en el mundo se observó presencia de DNA de VPH.<sup>4</sup> Sin embargo, el cáncer cervical puede presentarse luego de 20 años o más después de ocurrida la infección con VPH (Ver figura 2). Diversos estudios han analizado otros factores de riesgo para el cáncer cervical, incluyendo la actividad sexual, la historia obstétrica y otras conductas asociadas a la salud (como son el tabaquismo y el estado nutricional). Es probable que la mayoría de ellos sean factores que predisponen a la infección con VPH, aunque es probable que el tabaquismo, la paridad y posiblemente el estado nutricional sean factores coadyuvantes importantes en el progreso de la enfermedad.

El camino para prevenir las muertes por cáncer de cérvix es simple y eficaz. Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente (éstas pueden arrastrarse por años) y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer. El tratamiento del tejido anormal displásico también parece proteger a la mujer contra un futuro cáncer cervical.<sup>5</sup>

Los servicios de detección y tratamiento de la displasia son intervenciones costo-efectivas si se las compara con el costo que implica tratar en el hospital el cáncer invasor, tratamiento que a veces ni siquiera tiene éxito. Un análisis del Banco Mundial sugirió que, en 1993, la detección del cáncer cervical (definida como la realización de pruebas cada cinco años, con un seguimiento estándar para los casos pesquisados) tiene un costo aproximado de US\$100 por AVAD ganado (AVAD = Año de Vida Ajustado en Función de la Discapacidad), comparado con el costo cercano a los US\$ 2, 600 por AVAD que implica tratar el cáncer invasor y proporcionar cuidados paliativos.<sup>6</sup>

La prevención primaria del cáncer cervical a través de la prevención de la infección con VPH sin duda que también contribuye a reducir la mortalidad por cáncer. Sin embargo, la prevención primaria del VPH presenta mayores desafíos que la prevención de la mayoría de las otras ETS. El VPH en general es asintomático y fácilmente transmisible. Aunque existen tratamientos disponibles para las verrugas genitales causadas por algunos tipos de VPH, no existen terapias que eliminen la

infección subyacente. En algunas personas, el virus puede permanecer activo durante años y existir en casi toda el área anogenital (incluyendo aquellas zonas no cubiertas por el condón). Las recomendaciones estándares para la prevención de ETS (por ejemplo, el uso regular del condón o de otros métodos de barrera, y/o las relaciones sexuales con una pareja única) disminuyen la posibilidad de infección en algunas mujeres, pero no está claro hasta qué punto influyen en la incidencia general de cáncer cervical.

Un enfoque más alentador para abordar la prevención primaria —cual es contar con vacunas contra el VPH— aún se encuentra a algunos años de ser una realidad. Varias compañías privadas y agencias públicas en todo el mundo se encuentran investigando diversas vacunas para el VPH. Si bien los estudios realizados hasta el momento son alentadores, aún quedan muchos aspectos que necesitan de más investigación respecto de la seguridad, la eficacia y de las implicancias programáticas de estas posibles vacunas.<sup>7</sup>

Es importante tener en cuenta la historia natural del cáncer cervical para decidir cuándo iniciar las pruebas de detección, la frecuencia con que éstas deben efectuarse y cuándo recomendar un tratamiento y/o seguimiento (Ver Figura 2).

- *Cuando iniciar la detección:* el cáncer cervical se presenta más frecuentemente después de los 40 años, y la displasia de alto grado generalmente se puede detectar hasta 10 años antes de que se presente el cáncer, siendo la tasa más elevada de displasia alrededor de los 35 años. Por lo tanto, en lugares donde los recursos son limitados, las pruebas de detección debieran centrarse prioritariamente en las mujeres entre los 30 y 40 años.
- *Con qué frecuencia realizar la detección:* en general, las lesiones que preceden al cáncer de cérvix se desarrollan lentamente. Por lo tanto, no es necesario que la frecuencia de las pruebas de detección sea alta para que ello tenga un impacto significativo sobre la morbilidad y mortalidad. Practicar exámenes de detección cada tres años tiene un impacto casi tan significativo como hacerlo cada año. Incluso practicarlos cada 10 años puede tener un impacto significativo.<sup>8,9</sup> Por lo tanto, el énfasis de los programas de detección debiera ponerse más bien en cubrir el mayor número de mujeres de alto riesgo que en la frecuencia con que se realicen los exámenes (Ver Tabla 1).
- *A quién tratar y a quién considerar para un seguimiento a largo plazo:* ya que la mayoría de las lesiones cervicales de bajo grado regresan espontáneamente, el tratamiento debiera focalizarse generalmente en las displasias de alto

## Sistemas de Clasificación de Displasia Cervical

Existen dos sistemas formales para la clasificación citológica de las condiciones precursoras de cáncer cervical. Conforme al sistema de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NCI), a la displasia cervical leve se la clasifica como NCI I; a la displasia moderada se la clasifica como NCI II, y a la displasia severa (incluyendo el carcinoma *in situ* [CIS] se la clasifica como NCI III. El Sistema de Clasificación de Bethesda incluye las células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS = atypical squamous cells of undetermined significance); las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL = low-grade squamous intraepithelial lesions), que incluyen la NCI I; y las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL = high-grade squamous intraepithelial lesions) que incluyen la NCI II y NCI III.

grado y considerar un plan de seguimiento para aquellas mujeres con lesiones menos graves. Alrededor de un tercio de las displasias de alto grado que no son no tratadas evolucionarán en cáncer dentro de diez años, en tanto que aproximadamente un 70 por ciento de las displasias leves regresan espontáneamente o no progresan.<sup>10, 11</sup>

## Detección

Hasta hoy, los esfuerzos a nivel mundial para prevenir el cáncer cervical se han enfocado en la detección de la enfermedad en mujeres de alto riesgo mediante el frotis de Papanicolau (Pap) y en el tratamiento de las lesiones precancerosas. El Pap consiste en obtener una muestra de las células del cérvix, fijarlas y colorearlas sobre un portaobjetos, para ser posteriormente estudiadas por un experto en citología. En aquellos lugares donde la cobertura y calidad de esta prueba son las adecuadas, la incidencia de cáncer cervical invasor ha disminuido hasta en un 80 por ciento.<sup>12</sup>

**Desafíos para una detección efectiva por medio de la prueba de Pap.** Si bien en varios países en desarrollo se han realizado esfuerzos para introducir la detección mediante el frotis de Pap, en general no en todos se ha logrado un buen éxito. Algunos de los problemas que han debido enfrentar los programas son los siguientes:

- Se ofrece practicar la prueba de Pap en forma oportunista (a menudo a cambio una compensación en dinero) a mujeres jóvenes que relativamente presentan un bajo riesgo;
- Los servicios de citología son escasos y/o de calidad insuficiente;
- El seguimiento diagnóstico y los servicios de tratamiento no están a disposición de la gran mayoría de las mujeres; y

- Las clientes en general no comprenden que con la prueba de Pap se puede prevenir el cáncer.<sup>13</sup>

En la mayoría de los países, implementar sistemas que aseguren el acceso a servicios de citología de alta calidad constituye un gran desafío. En México, por ejemplo, la mala calidad de estos servicios constituye una barrera importante. Un estudio de 13 centros de citología mostró una diversidad de problemas: desde servicios de mala calidad hasta técnicos poco entrenados. La tasa de falsos negativos para el examen de Pap en estos centros llegó hasta un 54 por ciento.<sup>14</sup> En el programa de prevención de cáncer cervical de Colombia, la escasez de técnicos en citología ha constituido un impedimento importante para lograr las metas de detección.<sup>2</sup>

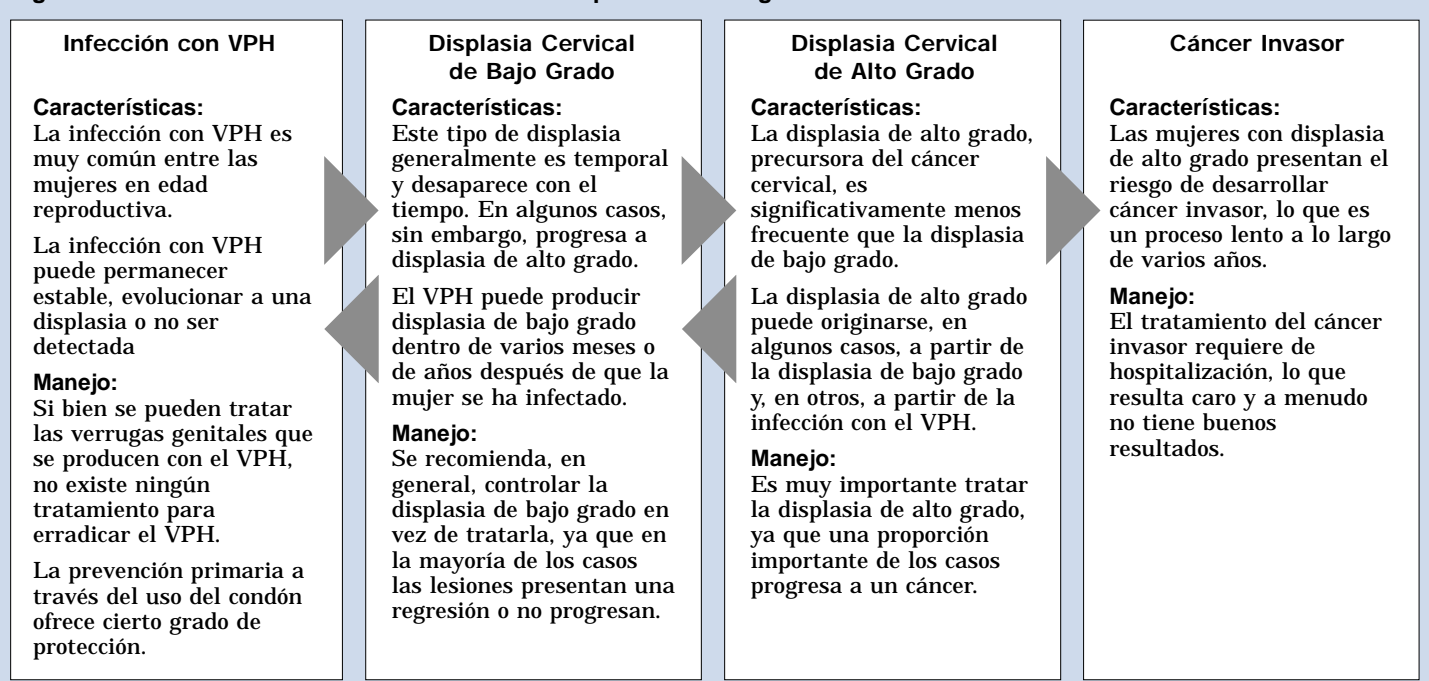
Actualmente se están realizando esfuerzos para mejorar la calidad de la prueba del Pap. Por ejemplo, el sistema de portaobjetos ThinPrep® utiliza un sistema de citología en base a una solución y, en general, las preparaciones que se obtienen resultan más fáciles de leer y de interpretar. Estas preparaciones pueden ser leídas tanto por un patólogo como por una máquina automática. Sin embargo, este sistema implica agregar un costo considerable a los programas y requiere contar con técnicos de laboratorio entrenados, lo que en muchos lugares resulta difícil.

Actualmente, se están estudiando varias alternativas nuevas para identificar a las mujeres en riesgo de cáncer cervical. Estas alternativas incluyen la detección visual para pesquisar lesiones cervicales y pruebas para pesquisar VPH e identificar a las mujeres en alto riesgo de displasia.

**Inspección visual: una alternativa a la prueba de Pap.** Considerando que en muchos lugares aún no es fácil encontrar servicios de citología de alta calidad, existe un alto interés en

“En los países donde los recursos son escasos, el objetivo debería centrarse en realizar pruebas de detección una vez en la vida a todas las mujeres de alrededor de 40 años” —OMS, 1992<sup>9</sup>

**Figura 2. Historia Natural del Cáncer Cervical e Implicancias Programáticas**



**Tabla 1. Disminución Potencial de la Tasa Acumulativa de Cáncer Cervical De Acuerdo a la Frecuencia de las Pruebas de Detección**

Frecuencia de la Prueba Detección <sup>†</sup>	Disminución porcentual de de la Tasa Acumulativa
1 año	93
2 años	93
3 años	91
5 años	84
10 años	64

<sup>†</sup> Detección en todas las mujeres entre 35-64 años a las que previamente se las haya sometido al menos a un examen de detección con resultado negativo. Adaptado de IARC, 1986.<sup>8</sup>

poder contar con otras modalidades de detección de lesiones precancerosas. La inspección visual del cérvix constituye una de aquellas, y es una buena opción en las comunidades de escasos recursos.

Los primeros estudios de inspección visual sólo contemplaban observar el cérvix sin ayuda de ningún otro instrumento para ver si había algún signo de cáncer precoz. Conocida también como “downstaging”, este enfoque no resultó eficaz para detectar condiciones precancerosas.<sup>15</sup>

Por el contrario, la inspección visual del cérvix luego de haberlo pincelado con una solución de ácido acético (vinagre) es una técnica que permite resaltar las diferencias de estructura de las células y las tasas de absorción, haciendo que las células precancerosas adquieran un color blanco. Un estudio demostró que, cuando esta técnica se combina con el Pap, la inspección visual del cérvix pincelado durante un minuto con una solución de ácido acético, mejoraba en un 30 por ciento la detección de cáncer cervical.<sup>5</sup>

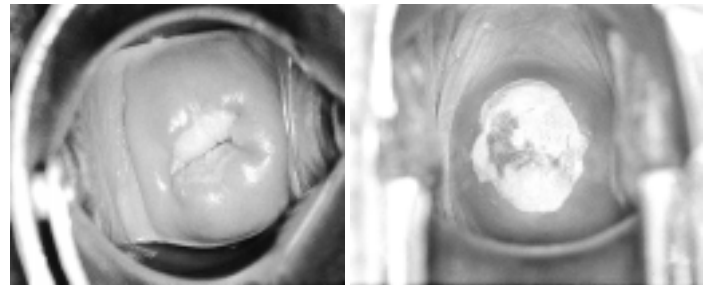
**Inspección visual con ácido acético (IVA).** IVA es la inspección visual del cérvix luego de una aplicación de ácido acético, sin utilizar lente de aumento. Usando una fuente luminosa, un proveedor/a entrenado examina el cérvix a ojo desnudo. Si bien los protocolos que se han llevado a cabo han diferido entre ellos, los resultados de varios estudios realizados en países en desarrollo han sugerido que en muchos lugares la IVA es tan sensible como la prueba de Pap cuando se trata de detectar displasias de alto grado, aunque no es tan específica.

Un estudio realizado en 1996 en 2.426 mujeres sudafricanas encontró que la IVA era capaz de detectar más del 65 por ciento de las lesiones de alto grado y de cáncer invasor y, de acuerdo a los autores del estudio, ello justificaba que se la considerara como una alternativa a las pruebas de citología.<sup>16</sup> En un estudio hecho en Zimbabwe en 1999, se contrató a enfermeras matronas para que realizaran este examen. El estudio reportó que la sensibilidad (proporción de personas con la enfermedad que tienen una prueba de detección positiva) y la especificidad (proporción de personas que no presentan la enfermedad y dan negativo en la prueba de detección) de la IVA en la detección de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado fueron de 77 y 64 por ciento respectivamente, en tanto que para la prueba de Pap éstas fueron de un 43 y un 91 por ciento.<sup>17</sup> Un estudio realizado en 1.351 mujeres de la India encontró que con la IVA realizada por enfermeras entrenadas se detectaba el 96 por ciento de los casos de displasia moderada-severa y de cáncer, mientras que con el Pap (realizado también por enfermeras entrenadas y analizados por un citólogo experimentado) se detectaba el 62 por ciento de los casos. La

especificidad de la IVA para la detección de dichas lesiones fue de un 68 por ciento.<sup>18</sup>

En algunos estudios en que se ha usado la IVA, se ha incorporado además un lente con poco aumento al procedimiento, y se lo ha denominado Inspección Visual con Ácido Acético y Aumento (IVAA) En esta técnica, generalmente se utiliza un instrumento manual con un lente de poco aumento (4x) que tiene incorporado una fuente de luz (Aviscopio™) para examinar el cérvix luego de una aplicación de ácido acético. Un pequeño estudio hecho en Indonesia con una versión anterior del instrumento indicó que la IVAA tendría una sensibilidad y especificidad aceptables (mayor del 90 por ciento) para identificar lesiones cancerosas moderadas a severas. Aún se requieren mayores datos para determinar si el Aviscopio ofrece una ventaja significativa sobre la IVA sin aumento, aunque resulta particularmente interesante el potencial de una especificidad superior. Actualmente se están realizando varios estudios en países en desarrollo para evaluar la posibilidad de resultados precisos.

Son muchos los factores que hacen de la IVA una alternativa atractiva de ser usada en las comunidades de pocos recursos. La IVA es un procedimiento relativamente simple de realizar y que no requiere de alta tecnología ni de una infraestructura sofisticada para llevarla a cabo. Por otro lado, este procedimiento lo pueden realizar proveedores de salud entrenados para ello, pero no necesariamente tienen que ser médicos. Además, los resultados se obtienen de inmediato, lo que en principio permitiría entregar el tratamiento a la cliente en una misma visita al proveedor de salud (Ver pág. 5) La IVA es, sin embargo, menos eficaz para detectar lesiones en mujeres postmenopáusicas, ya que los cambios fisiológicos que se producen hacen que sea más difícil la observación de lesiones cervicales. Por lo tanto, es importante que todos los progra-



Izquierda: Lesión pequeña, plana y coloreada de blanco. Derecha: Lesión grande, engrosada y coloreada de blanco. Ambas fotografías muestran casos de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. Cortesía de la Corporación JHPIEGO. Atlas de Inspección Visual con Ácido Acético (IVA). Baltimore, MD (1999).

mas de detección que usan la IVA tomen en cuenta el factor antes mencionado. Igualmente, es más difícil obtener pruebas de Pap en las mujeres postmenopáusicas.

A medida que se comience a evaluar en los distintos países el uso a gran escala de la IVA, es importante tomar en cuenta el aspecto de los falsos-positivos y determinar el balance entre falsos-positivos y falsos-negativos que sea consistente con las políticas locales de salud y con las capacidades programáticas. Capacitar regularmente a los proveedores de salud es un componente importante en todo programa de prevención de cáncer cervical. Ya que la IVA es una método de detección que depende únicamente del proveedor que la realiza, es de suma importancia que los programas cuenten con

estándares claros para pesquisar las lesiones precancerosas que requieren de tratamiento y con lineamientos que les permitan a los proveedores actuar certeramente, tanto después de la capacitación como durante la entrega rutinaria de servicios.

Actualmente se están empleando también otras técnicas de inspección visual. La Cervicografía®, por ejemplo, consiste en tomar fotografías del cuello uterino con una cámara especialmente equipada para ello. Las fotografías (llamadas cervigramas) son reveladas y se proyectan como preparaciones para ser interpretadas por un experto en colposcopías especialmente entrenado para ello. Si bien la sensibilidad de la Cervicografía es comparable a la de la citología, al igual de lo que sucede con otras técnicas de inspección visual, la especificidad pareciera ser menor.<sup>19</sup> La Cervicografía es una técnica relativamente cara y requiere contar con la infraestructura y la experiencia adecuadas.

**Prueba del VPH.** Existe un creciente interés por incorporar las pruebas de detección de VPH en los programas de prevención de cáncer cervical. Si bien aún hay que superar barreras epidemiológicas y técnicas, se han sugerido varios escenarios. Los enfoques que más comúnmente se proponen son el uso de las pruebas positivas para VPH con el fin de (1) identificar a las mujeres con displasia de bajo grado que necesitarían de un tratamiento más agresivo; (2) determinar qué mujeres tratadas por displasia de alto grado debieran ser monitoreadas más cercanamente; y (3) determinar qué mujeres de 35 años o más están en mayor riesgo de displasia de alto grado.

Datos surgidos de estudios recientes apuntan al posible uso de las pruebas para el VPH como una estrategia de detección primaria para pesquisar lesiones en mujeres mayores. Como ejemplo podemos citar un estudio que evaluó el empleo de la prueba Hybrid Capture® II (HC II) de la empresa farmacéutica Digene Corporation (que detecta la presencia de 18 tipos de VPH de alto riesgo en muestras de cérvix y vagina) para identificar a las mujeres con probables lesiones de alto grado o con cáncer. El estudio se hizo en más de 9.000 mujeres costarricenses de la provincia de Guanacaste sexualmente activas y que tenían 18 años y más. Se encontró que con la prueba del VPH se pudo detectar más del 88,4 por ciento de las lesiones de alto grado y de los cánceres. En este grupo, la prueba del VPH demostró una mayor sensibilidad que el frotis de Pap (88 versus 78 por ciento), pero una menor especificidad (89 versus 94 por ciento). Al calcular los resultados por grupo de edad, la más alta especificidad (94 por ciento) se alcanzó en las mujeres de 41 años y más.<sup>20</sup>

Un segundo estudio se realizó en más de 1.400 mujeres sudafricanas de color entre 35 y 65 años, que no se habían sometido a ninguna prueba previa, con el objetivo de evaluar la eficacia del HC II para identificar los casos con probables lesiones de alto grado y con cáncer. La prueba de detección de VPH (en las que se usó muestras de flujo vaginal obtenidas por las propias voluntarias) fue más sensible que el Pap (66 versus 61 por ciento), pero mostró una especificidad menor (la tasa de falsos positivos fue de 17,1 por ciento para la prueba de detección del VPH, y de 12,3 por ciento para los frotis de Pap). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.<sup>21</sup>

Las principales barreras para continuar con estudios de detección del VPH en comunidades de escasos recursos son los requerimientos de costos y técnicos. El valor actual del test HC II en EE.UU. es de aproximadamente US\$ 22; la prueba

requiere de un tiempo de procesamiento de seis a siete horas, y se necesita contar con equipamiento de laboratorio y de computación. Antes de que los protocolos de detección del VPH se puedan iniciar en la mayoría de los países en desarrollo, se requiere contar con una prueba más simple, menos cara, pero igualmente precisa.

## Tratamiento

Todo programa de detección debe ir acompañado de opciones adecuadas para el tratamiento. En muchos países estas opciones son limitadas. A menudo todavía se tratan las lesiones preinvasoras con intervenciones agresivas como la conización o la histerectomía, en vez de recurrir a alternativas ambulatorias más conservadoras. Si bien en algunas circunstancias es adecuado recurrir a procedimientos que requieren de hospitalización, ello es caro y a menudo conlleva a intervenciones innecesarias en algunas mujeres. Además, están asociados a serias complicaciones y efectos secundarios y se requieren grandes recursos para anestesia, equipamiento y cuidados de las pacientes.

Por el contrario, existen procedimientos ambulatorios para destruir o remover el tejido precanceroso (Ver Tabla 2). El tratamiento específico a ser usado dependerá del grado de malignidad, la extensión y la localización de la lesión. Un tratamiento ambulatorio común de resección (destrucción) es la crioterapia. La técnica consiste en congelar el tejido anormal mediante una sonda enfriada con óxido nitroso líquido o dióxido de carbono. La crioterapia tiene una tasa total de eficacia del 80 a 90 por ciento y es más eficaz mientras menos extensa sea el área de tejido anormal.<sup>22</sup> Otro método ambulatorio es el procedimiento de excisión con asa electroquirúrgica, llamado LEEP. Si bien para realizarlo se requiere de equipamiento e insumos adecuados, la técnica permite remover el tejido anormal y obtener una muestra para su posterior análisis, lo que disminuye la posibilidad de no pesquisar un cáncer invasor. Un estudio realizado el año 1998 en que se comparó la crioterapia, el LEEP y la vaporización con láser, determinó que las tres técnicas eran igualmente seguras y eficaces.<sup>23</sup>

Algunos programas de países en desarrollo han empezado a adoptar el método “inspección y tratamiento” para las lesiones preinvasoras. Inmediatamente después de haberse realizado una colposcopia, esta técnica usa el LEEP para remover tejido que posteriormente se utiliza para el diagnóstico y tratamiento.

**Tabla 2. Dos Opciones de Tratamiento para las Lesiones Cervicales<sup>†</sup>**

	<b>Crioterapia</b>	<b>LEEP</b>
Eficacia	80%-90%	90%-95%
Efectos secundarios	Secreción acuosa Riesgo de infección	Sangrado
Requerimiento de anestesia	No	Si
Obtención de muestra de tejido	No	Si
Requerimiento de energía eléc.	No	Si
Costo	Relativamente bajo	Relativamente alto

<sup>†</sup> El tratamiento específico a usarse depende de la extensión, grado de malignidad y localización de la lesión.  
Fuente: Bishop et al., 1995.<sup>22</sup>

Esta alternativa reduce el número de visitas que la mujer debe efectuar para recibir una adecuada atención —lo que es una clara ventaja en muchos lugares. Sin embargo, puede resultar en que en algunos casos se realicen intervenciones innecesarias. Por otro lado, aún falta definir claramente las posibles secuelas del tratamiento: hemorragia, infección y cicatrices cervicales. Se están realizando estudios en Tailandia y en Sudáfrica para evaluar la seguridad, aceptabilidad, factibilidad y eficacia programática de este enfoque de “inspección y tratamiento” seguido inmediatamente por una crioterapia para los casos en que sea necesario.<sup>24</sup>

## Relación Cliente/Proveedor

En muchos países, tanto mujeres como proveedores carecen de la información necesaria sobre las opciones para prevenir el cáncer cervical. Razones hay varias. Es posible que las mujeres sepan poco acerca de la enfermedad, que no confíen en los servicios preventivos o que no sepan dónde acceder a ellos. Puede suceder que los proveedores adopten protocolos médicos inadecuados y usen los escasos recursos de los programas en forma poco eficiente. Con el fin de lograr el éxito de los programas de prevención, es esencial desarrollar esfuerzos destinados a mejorar la información de las mujeres sobre este tema y el conocimiento de los proveedores sobre las opciones de prevención de cáncer cervical.

**Proveer más información a las mujeres.** Un importante desafío de los programas consiste en incentivar a que las mujeres de alto riesgo —generalmente entre los 30 y los 40 años— recurran a los servicios. Es posible que muchas mujeres en este grupo ya no quieran tener más hijos y, por lo tanto, no tendrán acceso regular a servicios de planificación familiar y salud materna. Por ello se necesita de instancias especiales para informarlas de la necesidad y la disponibilidad de los servicios de detección de este cáncer. Hay varias alternativas para difundir esta información. La alternativa a que se recurra dependerá de la comunidad de que se trate, debiendo siempre tomarse en cuenta la opinión de las mujeres de dicha comunidad (Ver el recuadro de abajo). Las alternativas posibles incluyen llegar a las mujeres a través de centros de mujeres o grupos comunitarios; relacionar los exámenes de detección a un

acontecimiento importante en la vida de las mujeres mayores, como por ejemplo el convertirse en abuela, o asociar la detección a otras necesidades de esa etapa de la vida, tales como la esterilización. Probablemente lo que tendría más éxito sería el uso de varias estrategias de comunicación.<sup>25</sup>

En muchos lugares, el riesgo de desarrollar cáncer cervical se ve multiplicado por factores de pobreza y aislamiento. En Colombia, se pusieron en práctica algunas estrategias como otorgarle un carácter especial a “los días de la citología” en las poblaciones de escasos recursos. A través de la radio, de megáfonos y de anuncios exhibidos en la iglesia, durante esos días se busca incentivar a las mujeres para que recurran a los servicios.<sup>2</sup>

Lo más importante es otorgar una atención de buena calidad en los lugares que ofrecen servicios de detección, particularmente tratar a las mujeres con respeto y mostrar preocupación por sus inquietudes. En muchos países, la experiencia de los programas ha demostrado que las mujeres no acudirán a servicios de prevención si no perciben que son bien tratadas.<sup>2</sup>

**Incrementar el conocimiento y las habilidades de los proveedores.** Con el fin de lograr programas exitosos, es necesario (1) contribuir a que los proveedores adopten un enfoque orientado a la salud pública cuando se trata de servicios de detección y tratamiento y (2) entrenarlos en técnicas de consejería que les ayude a asesorar a las clientes, capacitándolos para que puedan proporcionar servicios de alta calidad que respeten las inquietudes y necesidades de las mujeres. En muchas comunidades es particularmente importante asegurar que el personal no médico pueda efectivamente proporcionar servicios de detección, de modo de maximizar la cobertura de estos servicios.

La experiencia a nivel mundial en cuanto a los esfuerzos para controlar el cáncer cervical sugiere que las políticas vigentes en las comunidades de escasos recursos se basan en protocolos inadecuados de entrega de servicios —como por ejemplo, realizar pruebas de detección cada seis meses, focalizar la detección en mujeres jóvenes y enfocar el tratamiento en cánceres avanzados. El uso difundido de tales prácticas puede significar un impedimento para que los programas logren un impacto importante en la salud, mermando los recursos asignados

## La Educación de las Mujeres es Clave para Eliminar las Barreras

Es probable que en muchos países las mujeres no tengan información sobre el cáncer cervical o sobre el hecho de que la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas pueden evitar la muerte. Esta falta de información constituye una barrera importante para que las mujeres soliciten servicios. Un estudio hecho en Nigeria en mujeres de 20 a 65 años encontró que sólo el 15 por ciento de ellas había escuchado sobre la enfermedad.<sup>26</sup>

Otro estudio más pequeño realizado en Kenya encontró que al preguntársele a las mujeres cuál era la peor amenaza de cáncer en su comunidad, sólo el 10 por ciento mencionó el cáncer cervical, comparado con un 60 por ciento de los/las proveedores. A la pregunta de qué podría hacerse para prevenir el cáncer cervical, un 80 por ciento de las mujeres del estudio de Kenya respondió que no sabían; solamente un dos por ciento mencionó la prueba de Pap.<sup>27</sup> En un estudio llevado a cabo en México, las mujeres mencionaron múltiples barreras para no solicitar servicios de detección, entre las que mencionaron la falta de información acerca del cáncer cervical o de la prueba de Pap, la percepción de que el cáncer era una enfermedad mortal que no se podía evitar, mala relación con los proveedores de salud, oposición de parte de su pareja, y preocupación de someterse a un examen de pelvis.<sup>25</sup>

Para lograr que las mujeres soliciten servicios de detección de cáncer cervical, es importante que reciban información sobre la enfermedad y que puedan acceder a servicios sensibles a sus necesidades. Es clave poder involucrar a las mujeres en riesgo de cáncer cervical (particularmente a aquellas que se encuentran entre los treinta y los cuarenta años) para que ayuden a desarrollar mensajes educativos e intervenciones programáticas efectivas. Para lograr conocer las necesidades y preocupaciones de las mujeres es importante recurrir a una metodología participativa de investigación cualitativa, como son los grupos de foco, las entrevistas en profundidad y los mapeos dentro de la comunidad con mujeres de edades diversas y con sus parejas. Los administradores de programas que estimen que les ayudaría contar con información permanente y continua, deben pensar en constituir un comité asesor formado por mujeres en riesgo. Todas estas actividades contribuirán a asegurar que las mujeres reciban información convincente y que dicha información provenga justamente de las fuentes y de los informantes que ellas consideran sus predilectos. Estas mismas actividades contribuirán a que los servicios se entreguen de la manera más adecuada, ayudando con ello a que las mujeres se muestren más dispuestas a solicitarlos.

para el programa. La capacitación continua de los proveedores puede ayudar a resolver este problema, proporcionándoles información clara acerca del enfoque de salud pública para limitar la frecuencia de los exámenes de detección, focalizándose en una cobertura amplia en las mujeres entre los 30 y los 40 años y enfatizando el tratamiento de las condiciones precancerosas.

Es necesario que los proveedores se capaciten también sobre los aspectos técnicos y de consejería en la prevención del cáncer cervical, y que reciban asistencia y supervisión para establecer y mantener contactos con sitios de referencia. Ello contribuirá al logro de programas de detección de alta calidad.

Por ejemplo, si se utilizan las pruebas de Pap, se debe tomar el frotis y almacenarlo de la forma adecuada, para trasladarlo a un laboratorio de citología; los resultados deben entregarse dentro de un tiempo razonable. Si se utiliza la alternativa de detección visual, los proveedores deben estar entrenados para identificar el tejido anormal y para decidir qué acción tomar. Para lograrlo, es crucial en este proceso que los proveedores practiquen lo suficiente en presencia de una persona que los supervise.

Una consejería adecuada es un componente esencial de los servicios de control de cáncer cervical. Los proveedores deben ser entrenados para que puedan establecer una relación respetuosa con las mujeres y acoger sus temores y preocupaciones; sólo entonces las mujeres podrán obtener la información que necesitan y sentirse cómodas durante las visitas posteriores.

## Monitoreo y Evaluación

Es esencial monitorear y evaluar las actividades y el impacto de un programa de control del cáncer cervical, a fin de determinar si el programa está cumpliendo con sus objetivos de manera efectiva y eficiente. Los resultados del monitoreo y la evaluación pueden usarse para mejorar la entrega y la cobertura de los servicios y para corregir las deficiencias que el programa presente. Los resultados positivos que se obtengan también pueden usarse para asegurar la continuidad del apoyo financiero y político para el programa.

Mantener fichas clínicas de las clientes es clave para un monitoreo eficaz del programa. El propósito es que estas fichas sirvan para el seguimiento de las mujeres en el tiempo, y deben incluir los resultados de los exámenes de detección, los diagnósticos y el resultado de los tratamientos. Por ejemplo, una tarjeta básica de salud debiera incluir la identificación de la mujer, la fecha de cada examen, los resultados, el diagnóstico, si se la ha derivado a otro centro, y los resultados del tratamiento. Idealmente, la información de las fichas de las clientes debiera formar parte de una base de datos nacional o regional, de modo que fácilmente se puedan agregar datos sobre los principales indicadores de una evaluación.

## Implicancias de los Programas/Políticas

Existe una fuerte demanda por programas para combatir el cáncer cervical. En todo el mundo en desarrollo, las mujeres que acuden a los proveedores de salud normalmente llegan con un cáncer cervical avanzado e incurable. Si bien muchos países han gastado sus escasos recursos en proporcionar servicios quirúrgicos y de radioterapia a una pequeña proporción de mujeres, en general es poco lo que pueden hacer, excepto enviarlas a casa a morir.

En general, los programas debieran ponerse como metas mínimas las que se enumeran más adelante, para lograr de

ese modo algún impacto sobre la incidencia del cáncer cervical y la mortalidad asociada:

- Incrementar la conciencia sobre el cáncer cervical y fomentar la conducta preventiva entre las mujeres de 30 a 40 años.
- Realizar por lo menos una vez pruebas de detección a todas las mujeres entre los 30 y los 50 años, antes de ampliar los servicios a grupos de mujeres de otras edades o disminuir la frecuencia entre los exámenes de detección.
- Tratar a las mujeres con displasia de alto grado, si es posible referir a aquéllas con cáncer invasor y proporcionar cuidados paliativos a las que presentan un cáncer avanzado.
- Reunir datos estadísticos acerca de la entrega de servicios, de modo de facilitar el monitoreo y la evaluación de las actividades del programa y de sus resultados.

Por supuesto que el apoyo simultáneo a los esfuerzos para controlar todas las ETS contribuirá a prevenir una proporción de los casos de cáncer cervical a largo plazo.

Las principales actividades que deberían realizarse en las comunidades de escasos recursos para lograr las metas programáticas mínimas son:

- Coordinar los servicios de control de cáncer cervical con los programas de salud que ofrecen servicios relacionados y/o que llegan a las mujeres mayores.
- Identificar y manejar los cuellos de botella que dificultan la entrega eficaz de servicios (por ejemplo servicios de citología inadecuados o sistemas de información deficientes) antes de dar inicio a un nuevo programa.
- Eliminar las barreras reguladoras que impiden un fácil acceso a los servicios, como son las normas que prohíben que las enfermeras tomen pruebas de Pap.
- Capacitar a los proveedores de todos los niveles en provisión de servicios de calidad, incluyendo entrenamiento en técnicas de consejería.
- Implementar estrategias innovadoras, culturalmente apropiadas y que hayan sido evaluadas en terreno, a fin de llegar a las mujeres mayores que no acceden a los servicios.
- Apoyar la investigación de nuevas alternativas de detección y tratamiento que puedan incrementar el acceso a los servicios y disminuir los costos de los programas.

A través de estrategias creativas de entrega de servicios y apoyándose en personal dedicado y bien entrenado, los nuevos programas de control de cáncer cervical pueden hacer frente a los desafíos que representa proporcionar exámenes de detección y tratamiento adecuados, y finalmente lograr un efecto a largo plazo en la salud de la mujer.



En el año 1999, gracias al generoso apoyo de la Fundación Bill & Melinda Gates, cinco agencias internacionales se unieron con el objetivo de lanzar un nuevo esfuerzo para prevenir el cáncer cervical en todo el mundo, agrupándose en La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical. Todas ellas comparten la capacidad y la experiencia en la prevención de este cáncer, y trabajarán intensamente para esclarecer, promover e implementar estrategias de prevención de este cáncer en los países en vías de desarrollo. Ellas son: la AVSC Internacional, la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), la Corporación JHPIEGO, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Si Ud. desea obtener más información sobre la Alianza, visite el sitio web <http://www.alliance-cxca.org>, o contáctese con PATH, que es la agencia coordinadora.

1. Parkin, M. Personal communication, IARC (July 2000).
2. PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH (2000). (Available at [http://www.rho.org/cervical\\_cancer.pdf](http://www.rho.org/cervical_cancer.pdf).)
3. Bosch, F.X. et al. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine and Pharmacotherapy* 51(6-7):268-275 (1997).
4. Walboomers, J.M.M. et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology* 189:12-19 (1999).
5. Bollen, L.J.M. et al. Clearance of cervical human papilloma virus infection by treatment for cervical dysplasia. *Sexually Transmitted Diseases* 24(8):450-460 (September 1997).
6. Jamison, D.T. et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press (1993).
7. Kols, A.J. and Sherris, J. *HPV Vaccines: Promise and Challenges*. Seattle, WA: PATH (July 2000).
8. IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal* 293:659-664 (September 13, 1986).
9. Miller, A.B. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: WHO (1992).
10. Nasiell, K. et al. Behavior of mild cervical dysplasia during long-term follow-up. *Obstetrics and Gynecology* 67(5):665-669 (May 1986).
11. Holowaty, P. et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the NCI* 91(3):252-258 (February 3, 1999).
12. Laara, E. et al. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1(8544):1247-1249 (May 30, 1987).
13. Lazcano-Ponce, E.C. et al. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case in Mexico. *Archives of Medical Research* 30:240-250 (1999).
14. Alonso de Ruiz, P. and Lazcano-Ponce, E. "Quality Control in Cytopathology Laboratories in Six Latin American Countries." In: Wied, G.L. et al., eds. *Compendium on Quality Assurance, Proficiency Testing, and Workload Limitations in Clinical Cytology*. Chicago, Illinois: International Academy of Cytology (1995).
15. Wesley, R. et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 75(3):436-440 (1997).
16. Megevan, E. et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics and Gynecology* 88(3):383-386 (1996).
17. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 13, 1999).
18. Sankaranarayanan, R. et al. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor]. *International Journal of Cancer* 80:161-163 (1999).
19. van Niekerk, W.A. et al. Colposcopy, cervicography, speculscopy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary. Diagnostic

20. Schiffman, M. et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica. *JAMA* 283(1):87-93 (2000).
21. Wright, T.C. et al. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *JAMA* 283(1):81-86 (January 5, 2000).
22. Bishop, A. et al. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* 6:60-71 (1995).
23. Mitchell, M.F. et al. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics & Gynecology* 92(5):737-744 (1998).
24. McIntosh, N. et al. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation (July 19, 2000, draft).
25. Lazcano-Ponce, E.C. et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3):399-408 (1999).
26. Ajayi, I.O. and Adewolfe, I.F. Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Central African Journal of Medicine* 44(2):41-43 (1998).
27. PATH. Assessing health need/community demand for cervical cancer control: results from a study in Kenya. *Reproductive Health Reports* No. 1. Seattle: PATH (December 1996).

## Otras Fuentes de Información sobre el Cáncer Cervical

**Fondo de la Alianza para Donaciones Pequeñas.** Otorga donaciones de un máximo de US\$ 20.000 para el desarrollo de proyectos a organizaciones de países en desarrollo que trabajan en la prevención de cáncer cervical. Para obtener más información, visite el sitio web de la Alianza en [http://www.alliance\\_cxca.org](http://www.alliance_cxca.org) o escriba al Fondo de la Alianza para Donaciones Pequeñas, c/o PATH.

**Listado de Cáncer Cervical.** Este grupo de direcciones electrónicas permite a los suscriptores intercambiar información sobre distintos aspectos de la prevención del cáncer cervical, especialmente aquellos que atañen a los países en desarrollo. Para mayor información, visite el sitio web [http://www.path.org/resources/cxca\\_listserv.htm](http://www.path.org/resources/cxca_listserv.htm), o escriba al moderador de este grupo a [accp@path.org](mailto:accp@path.org).

**Sitio Web de Reproductive Health Outlook RHO.** La sección sobre cáncer cervical de RHO (<http://eee.rho.org/html/cxca.htm>) ofrece información extensa acerca de la prevención del cáncer cervical, su detección y tratamiento en las comunidades de escasos recursos.

Las redactoras de este número fueron Jacqueline Sherris, Ph.D. y Cristina Herdman. Asistentes de producción fueron Kristin Dahlquist.

Las siguientes personas revisaron este número: Dr. P. Blumenthal, Dr. F. Donnay, Dr. L. Edouard, Dr. M. Islam, Dr. Y. Sidhom y Dr. T. Wright. *Outlook* agradece sus comentarios y sugerencias.

*Outlook* es publicado por PATH en Inglés y Francés y está disponible en Español, Chino, Portugués y Ruso. El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva traduce, publica y distribuye la edición en Español de *Outlook*. Las personas de ICIMER a cargo de la producción de *Outlook* en Español son Ana María Concha y Emilia Lepe. *Outlook* presenta noticias sobre productos para la salud reproductiva y decisiones sobre regulación de drogas, de interés para los países en desarrollo. La Fundación Bill & Melinda Gates apoyó la elaboración de esta edición de *Outlook* por la Alianza para la Prevención de Cáncer Cervical (ACCP). El contenido y las opiniones expresadas en *Outlook* no son necesariamente aquéllas de sus patrocinadores, de individuos miembros de la Junta Asesora de *Outlook*, de PATH o del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

PATH es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a mejorar la salud, especialmente la salud de las mujeres y los niños de los países en desarrollo. *Outlook* se envía sin costo alguno a los lectores de los países en desarrollo; la suscripción en los países desarrollados tiene un precio de EE.UU. \$ 40 al año. Por favor dirija sus cheques a PATH.

Editora: Jacqueline Sherris, Ph.D.  
Asistente de Edición: Michele Burns, M.A.

PATH

4 Nickerson Street

Seattle, Washington 98109-1699 EE.UU.

Teléfono: 206-285-3500

Fax: 206-285-6619

E-mail: [outlook@path.org](mailto:outlook@path.org) URL: [www.path.org/outlook/](http://www.path.org/outlook/)

## JUNTA ASESORA

• Giuseppe Benaglia, M.D., Director General, Instituto Nacional de Salud de Italia • Gabriel Bialy, Ph.D., Asesor Especial, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, EE.UU. • Willard Cates, Jr. M.D., M.P.H., Presidente Family Health International, EE.UU. • Lawrence Corey, M.D., Prof. de Laboratorio Clínico, Medicina y Microbiología y Jefe Div. de Virología, Universidad de Washington, EE.UU. • Horacio Croxatto, M.D., Presidente del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Chile • Judith A. Fortney, Ph.D., Director Corporativo para Asuntos Científicos, Family Health International, EE.UU. • John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Dir. Med., Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, Reino Unido • Atiqur Rahman Khan, M.D., Comité Asesor Nacional, UNFPA, Tailandia • Louis Lasagna, M.D., Taftler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, EE.UU. • Roberto Rivera, M.D., Director Corporativo para Asuntos Médicos Internacionales, Family Health International, EE.UU. • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Secretario General Adjunto, IPPF, Reino Unido • Melvin R. Sikov, Ph.D., Científico Principal, Toxicología Experimental, Battelle Pacific Northwest Labs., EE.UU. • Irving Sivin, M.A., Científico Principal, The Population Council, EE.UU. • Richard Soderstrom, M.D., Prof. OB/GIN, Universidad de Washington, EE.UU. • Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Prof., Dept. Salud Pública y Atención Primaria, Universidad de Oxford, Reino Unido.