

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



TÍTULO

Análisis de las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix y su identificación para la propuesta de una guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica

Nombre de la sustentante:

Ekaterina Daniela Hernández Baker

Tutor:

Dr. Franklin Escobar Zárate

Año 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

I. Resumen

Se demuestra que la lucha contra el cáncer de cervicouterino se ha convertido en un desafío primordial para la salud de las mujeres alrededor del mundo. Particularmente, en las zonas periféricas de Costa Rica, donde el acceso a servicios de atención de la salud puede ser limitado, es crucial abordar de la mejor manera las estrategias de prevención y autocuidado. El objetivo principal es analizar las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix y su identificación para la propuesta de una guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica. Asimismo, se basa en una revisión bibliográfica, con enfoque cualitativo y un alcance descriptivo, sustentando la presente tesis con estudios de fuentes primarias enfocados en estudios de la salud y del cáncer de cérvix. La fundamentación de los niveles de evidencia se centró principalmente en un 52.63 % en estudios de casos y controles, revisiones sistemáticas y de controles, así como informes de casos.

En cuanto a los resultados, se llevó a cabo una exhaustiva explicación de las características fisiopatológicas del cáncer cervicouterino, con una correspondiente comparación con diversas fuentes literarias. Además, se detallan las recomendaciones médicas e institucionales provenientes de diversas guías internacionales. Se destaca que la situación actual del abordaje institucional en relación con la prevención en Costa Rica aborda ampliamente la prevención del cáncer en general, aunque no se centra específicamente en el cáncer de cuello uterino. También se exploran las percepciones y las estrategias respectivas por aplicar. Finalmente, la propuesta de una guía técnica para fortalecer la prevención y el autocuidado de la mujer, con posibilidad de integrarse en los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica, contribuye a mejorar la comprensión de la enfermedad por parte de las pacientes, fomentando así su aplicación por parte del personal de salud.

Se concluye que las guías de atención preventiva del cáncer de cérvix en Costa Rica están desactualizadas, ya que solo se encuentran guías para diversos tipos de cáncer, pero no hay directrices específicas y actualizadas para el cáncer cervicouterino. Las directrices médicas actuales carecen de información suficiente para abordar las necesidades específicas de las mujeres que residen en áreas periféricas. La colaboración interinstitucional se presenta

como un elemento esencial para la exitosa implementación de una guía técnica de prevención. El enfoque en la atención preventiva debe abarcar a mujeres de todas las edades, y se determina que la detección temprana y el seguimiento son cruciales en el manejo del cáncer de cérvix. La formación de profesionales de la salud en estas áreas se considera un componente primordial para una mayor prevención. Además, la evaluación continua y la retroalimentación de las comunidades son fundamentales para la mejora constante de los servicios de atención médica.

II. Agradecimientos

Primeramente, deseo expresar mi profunda gratitud a todas las personas que han contribuido a la realización de la presente tesis.

Deseo expresar mi agradecimiento a todos los docentes que me acompañaron durante mi trayectoria académica; gracias por su sabiduría. Del mismo modo, deseo expresar mi gratitud a la dirección de la carrera de Medicina y Cirugía y a la Universidad Internacional de las Américas, por su orientación a lo largo de esta etapa de mi desarrollo profesional.

Principalmente agradecer a mi familia, cuyos miembros han sido mi primordial fuente de apoyo durante todo este proceso. El amor constante que me brindan diariamente fue el impulso a dar lo mejor de mí.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que día a día investigan acerca del cáncer de cérvix, y publican sus respectivos artículos e investigaciones. Gracias a ellos hicieron posible esta tesis.

III. Dedicatoria

Dedico la presente tesis a quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y apoyo en mi camino profesional.

A mis padres, cuyo amor incondicional y sacrificios me han permitido perseguir mis sueños. Siempre me alentaron a conseguir mis metas. El presente logro es tanto de ustedes como mío.

A mi querida abuela, Ilma Espinoza Hernández, que en paz descanse, le agradezco profundamente por su apoyo y amor inquebrantable durante el tiempo que compartió conmigo a lo largo de mi carrera profesional. Además, he decidido dedicar el tema de la presente tesis en su honor, con el propósito de contribuir a la prevención del cáncer de cuello uterino y aumentar la conciencia y visualización sobre esta enfermedad.

A mis profesores, tutores y compañeros de estudios, quienes a lo largo de la carrera profesional han compartido su conocimiento y experiencias. Cada uno de ustedes ha fomentado a mi crecimiento como profesional.

A cada uno de los pacientes, quienes me han brindado la oportunidad de aprender, servir y cuidar. Cada diagnóstico y procedimiento que me permitieron realizar ha sido un recordatorio constante de la importancia de mi vocación.

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen	II
II. Agradecimientos.....	IV
III. Dedicatoria	V
IV. Tabla de contenidos.....	VI
V. Lista de tablas.....	XI
VI. Lista de figuras.....	XII
VII. Lista de gráficos.....	XIII
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Introducción	13
1.2 Planteamiento del problema	14
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo General.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos.....	16
1.4 Justificación	17
1.5 Antecedentes	22
1.5.1 Antecedentes históricos.....	22
1.5.2 Antecedentes internacionales	23
1.5.3 Antecedentes nacionales	25
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO	27
2.1 Salud general y de las mujeres	28
2.2 Cáncer de cérvix.....	28
2.3 Virus del papiloma humano	28
2.4 Etiología del cáncer de cérvix	30

2.5 Anatomía patológica del cáncer de cérvix	32
2.5.1 Aspecto macroscópico	32
2.5.2 Aspecto microscópico	33
2.6 Fisiopatología del cáncer de cérvix	34
2.6.1 Oncogénesis	34
2.6.2 Diseminación tumoral	35
2.6.3 Diseminación linfática	35
2.7 Tipos de cáncer de cérvix	35
2.7.1 Cáncer epidermoide	35
2.7.2 Adenocarcinomas	36
2.7.3 Carcinomas cervicales mixtos	37
2.7.4 Tumores neuroendocrinos del cuello uterino	37
2.7.5 Otros tumores malignos	37
2.8 Estadios del cáncer de cérvix	37
2.9 Clínica (signos y síntomas)	39
2.10 Diagnóstico	40
2.10.1 Frotis de Papanicolaou	41
2.10.2 Colposcopia	41
2.10.3 Biopsia dirigida	42
2.10.4 Exploración física	42
2.11 Tamizaje y modalidades	43
2.11.1 Autotoma	44
2.12 Factores de riesgo	45
2.12.1 Edad	46
2.12.2 Actividad sexual	46
2.13 Prevención	46

2.13.1 Prevención primaria.....	47
2.13.2 Fundamento de las vacunas	47
2.13.3 Inmunogenicidad	48
2.13.4 Eficacia vacunal.....	48
2.13.5 Prevención secundaria	49
2.14 Tratamiento	49
2.14.1 Enfermedad primaria en etapa temprana.....	49
2.14.2 Histerectomía.....	51
2.14.3 Traquelectomía radical.....	52
2.14.4 Enfermedad primaria en etapa avanzada	52
2.14.5 Radioterapia.....	52
2.14.6 Quimiorradiación.....	53
2.15 Cáncer de cérvix y embarazo	53
2.16 Tasa de supervivencia del cáncer de cérvix	54
2.17 Pronóstico del cáncer de cérvix	54
2.18 Riesgo de recurrencia	55
2.18.1 Vigilancia a sobrevivientes del cáncer de cérvix.....	55
2.18.2 Sustitución hormonal después de la radioterapia o cirugía	56
2.19 Atención paliativa.....	56
2.20 Epidemiología	57
2.21 Niveles del sistema de atención de salud	57
2.22 Prevención internacional.....	58
2.23 Prevención nacional.....	59
2.24 Recomendaciones y guías médicas actuales contra el cáncer de cérvix	61
2.24.1 Guía de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud.....	62

2.24.2 Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología	68
2.24.3 Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica	71
2.25 Abordaje institucional para la prevención del cáncer en Costa Rica	72
2.26 Percepciones de las pacientes sobre la citología vaginal en Costa Rica	76
2.27 Servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica.....	78
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	83
3.1 Tipo de investigación (tipo, alcance y enfoque).....	84
3.2 Fuentes de información.....	84
3.3 Criterios de búsqueda	84
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	85
3.5 Análisis de la información	86
3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia.....	86
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	88
4.1 Características fisiopatológicas generales del cáncer de cérvix	89
4.2 Recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix	101
4.2.1 Recomendaciones en la detección del cáncer de cérvix en América Latina	120
4.3 Situación actual del abordaje institucional en torno a la prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica	130
4.4 Propuesta de guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica	134
4.4.1 Guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica	138
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	146

5.1 Conclusiones	149
5.2 Recomendaciones	152
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	154
CAPÍTULO VII- ANEXOS	161

V. Lista de tablas

Tabla 1. Grados de la neoplasia cervical intraepitelial.....	31
Tabla 2. Estadificación de tumores cervicales según la FIGO y AJCC	38
Tabla 3. Información acerca de las tres vacunas contra el Virus de Papiloma Humano	47
Tabla 4. Tratamiento general del carcinoma cervicouterino invasor primario con su respectivo estadio	50
Tabla 5. Componentes interdependientes de un programa integral	64
Tabla 6. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo	84
Tabla 7. Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos	85
Tabla 8. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia.....	87
Tabla 9. Características fisiopatológicas del cáncer de cérvix	91
Tabla 10. Características fisiopatológicas y su respectivo identificador.....	92
Tabla 11. Artículos y libros académicos con su respectivo identificador	93
Tabla 12. Identificadores con sus respectivas recomendaciones médicas e institucionales	110
Tabla 13. Guías médicas actuales para la prevención del cáncer de cérvix y su respectivo identificador	111
Tabla 14. Principales recomendaciones para la población general con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina	121
Tabla 15. Percepciones de las pacientes en Costa Rica en relación con la citología y el cáncer cervicouterino, así como las estrategias que se deben implementar en este contexto	133
Tabla 16. Prácticas saludables y su respectiva información.....	140

VI. Lista de figuras

Ilustración 1. Cronología de la actualización de las guías de detección del cáncer de cuello uterino en América Latina, 2021.....	72
Ilustración 2. Prevención y control eficaz del cáncer cervicouterino de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.....	103
Ilustración 3. Medidas preventivas en la prevención primaria, de acuerdo con la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología	105
Ilustración 4. Medidas preventivas en la prevención secundaria, de acuerdo con la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología	107
Ilustración 5. Recomendaciones institucionales para la prevención del cáncer de cuello uterino de acuerdo con la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica (ESGO)	109
Ilustración 6. Resumen de las claves para la detección y prevención del cáncer cervicouterino	131
Ilustración 7. Demoras definidas institucionalmente para la atención de pacientes con citología vaginal alterada.....	136
Ilustración 8. Generalidades básicas del cáncer de cérvix para la propuesta de una guía	139
Ilustración 9. Concientización y conocimiento sobre el cáncer de cérvix	142
Ilustración 10. Sugerencias para un mejor acceso a los servicios de salud	143
Ilustración 11. Propuesta para el fortalecimiento del cáncer de cérvix en profesionales de la salud.....	145

VII. Lista de gráficos

Gráfico 1. Relación de las características fisiopatológicas del artículo Patología premaligna del cuello uterino con respecto a otras literaturas	94
Gráfico 2. Relación de las características fisiopatológicas del artículo Actualización de prevención y detección del cáncer de cérvix con respecto a otras literaturas.....	96
Gráfico 3. Relación de las características fisiopatológicas del libro académico Williams ginecología con respecto a otras literaturas	98
Gráfico 4. Características fisiopatológicas del cáncer de cérvix y sus respectivos identificadores.....	100
Gráfico 5. Porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la guía: Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales	113
Gráfico 6. Porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedad de Obstetricia y Ginecología .	115
Gráfico 7. Porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica	117
Gráfico 8. Recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix	119
Gráfico 9. Comparación de recomendaciones con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina con respecto a Honduras	122
Gráfico 10. Comparación de recomendaciones con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina con respecto a Costa Rica	125
Gráfico 11. Comparación de recomendaciones con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina con respecto a Guatemala	127
Gráfico 12. Principales recomendaciones para la población general acerca del cáncer de cérvix con respecto a las políticas de detección de América Latina	129

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Durante la historia, se ha observado un incremento en la atención de los servicios de salud hacia la patología cáncer de cérvix; por consiguiente, es de gran relevancia realizar una revisión bibliográfica basada en evidencia científica de las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo de la enfermedad cáncer de cérvix. Además, proponer una guía técnica para fortalecer el entendimiento de la prevención y un correcto autocuidado de la mujer, y si es posible poder incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica, con el fin de asistir a las mujeres de estas zonas para un buen conocimiento acerca de esta patología.

Enseguida, es sumamente importante detallar las características fisiopatológicas generales acerca del cáncer de cérvix para un mejor entendimiento, identificar las recomendaciones médicas actuales para promover una adecuada prevención de esta patología. Asimismo, analizar la situación actual del abordaje de los institutos en torno a la previsión del cáncer de cérvix en Costa Rica, y determinar una propuesta de guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, con el propósito y su respectiva posibilidad para incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica.

Por consiguiente, la presente investigación contribuirá en la vida diaria de las mujeres de las zonas periféricas que tienen conocimientos nulos, básicos, o simplemente para reforzar su entendimiento en la patología del cáncer de cérvix. Dicha enfermedad genera múltiples casos de incidencia y hasta muertes alrededor del país; por lo tanto, es de suma relevancia conocer las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo.

Las deficiencias de la investigación se enfocan en la probabilidad de detectar obstáculos, en indagar en la información, acerca de la situación actual en el abordaje de los centros de salud nacionales e internacionales.

1.2 Planteamiento del problema

La presente investigación tiene su enfoque en identificar las recomendaciones médicas actuales, sobre el manejo preventivo del cáncer de cérvix y su propuesta de guía técnica de prevención de dicha patología. La población y el espacio del respectivo estudio se basa en zonas periféricas de Costa Rica. Es relevante tener en cuenta la problemática que se observa en los países de ingresos bajos y medianos, ya que es limitado el acceso a las medidas preventivas, por lo que con frecuencia el cáncer de cuello uterino no se logra detectar hasta que se encuentre avanzado y aparecen los síntomas¹.

A nivel mundial, el cáncer cervicouterino se posiciona como el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres, registrando un total de 604 000 nuevos casos en el año 2020. Este dato resalta la importancia crítica del cáncer cervical en la carga global de enfermedades, subrayando la necesidad imperativa de realizar un abordaje lo más eficaz de este problema de salud pública¹.

Las disparidades regionales en la incidencia de cáncer de cuello uterino están asociadas a desigualdades en el acceso a servicios cruciales como vacunación, detección y tratamiento. Los factores de riesgo, como la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, y elementos sociales y económicos, como la cuestión de género, los sesgos de género y la situación económica, también presentan un papel sumamente relevante en la generación de estas disparidades. Estas diferencias reflejan la interacción compleja entre factores médicos y sociales, que afectan la carga de la enfermedad en diversas regiones¹.

La incidencia desproporcionada del cáncer de cuello uterino en mujeres más jóvenes, agravada por la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, tiene un impacto considerable en la pérdida de madres, afectando a aproximadamente al 20% de los niños que quedan huérfanos debido a esta enfermedad. Este enfoque no solo contribuye a generar conciencia sobre la salud femenina, sino que también resulta fundamental para mejorar las técnicas de concientización y promover la importancia de una correcta salud sexual, la cual busca incentivar relaciones sexuales seguras, consensuadas y placenteras, así como el respeto a la autonomía y la toma de decisiones informadas en todas las etapas de la vida de una mujer¹.

Asimismo, se observa que aproximadamente el 90% de las 342 000 muertes atribuidas al cáncer cervical ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos. Esta estadística subraya la

urgencia de centrarse en estrategias preventivas en regiones periféricas de Costa Rica, donde la carga de la enfermedad es particularmente significativa¹.

La prevalencia del cáncer de cuello uterino genera gran inquietud en la población; por consiguiente, es imperativo fomentar la conciencia entre las mujeres acerca de esta patología. Se debe alentar a la realización de tamizajes y chequeos anuales. Asimismo, es crucial fomentar la adquisición de conocimientos a las pacientes por parte del personal de salud acerca de la enfermedad y sus síntomas primarios, además de promover otras medidas preventivas.

Por lo tanto, es importante realizar un planteamiento de recomendaciones médicas, para prevenir la mencionada enfermedad.

Debido a lo anterior es que se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix y su identificación para la propuesta de una guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características fisiopatológicas generales del cáncer de cérvix.
2. Identificar las recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix.
3. Señalar la situación actual del abordaje institucional en torno a la prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica.
4. Generar una propuesta de guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica.

1.4 Justificación

Inicialmente, es fundamental mencionar que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de cérvix, también conocido como cáncer de cuello uterino o cáncer cervicouterino, se encuentra como el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes en el 2020. Respecto al 90 %, tanto de los nuevos casos como el de las muertes en el ámbito mundial, en el año 2020 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos¹. Por lo tanto, esta investigación se basa en la prevención del cáncer de cérvix, con enfoque en zonas periféricas, debido a que en los mencionados lugares pueden existir poblaciones con un disminuido porcentaje de desconocimiento sobre la etiología, la sintomatología, los factores de riesgo, el tratamiento, entre otros datos más de la patología comentada anteriormente.

De modo que es importante tener en cuenta la etiología del cáncer de cérvix; esta se basa en los Virus de Papiloma Humano (VPH), la infección vírica más usual en el aparato reproductor, se tiene que generalmente tanto hombres como mujeres con actividad sexual contraerán la infección en algún momento de su vida; de igual manera, ciertas personas pueden tener infecciones recurrentes. Cabe mencionar que más del 90 % de las poblaciones afectadas van a lograr eliminar la infección¹.

Se estima que las mujeres infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tienen aproximadamente seis veces más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino, en comparación con aquellas que no tienen VIH. Además, se evalúa que alrededor del 5 % de todos los casos de cáncer de cuello uterino pueden atribuirse a la infección por VIH. Es importante destacar que la principal causa del cáncer de cuello uterino, responsable de más del 95% de los casos, es la de los Virus del Papiloma Humano (VPH). Este vínculo entre el VIH y el riesgo de cáncer cervicouterino subraya la importancia de abordar de manera integral la salud de las mujeres con VIH, y la necesidad de estrategias de prevención específicas en esta población vulnerable¹.

Se percibe que en los países de ingresos altos iniciaron su marcha con importantes programas, que tienen como función lograr una vacunación a las niñas contra los VPH, y dedicar cribados periódicos y tratamiento idóneo a las mujeres. En cambio, en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, se va a tener que el acceso a las medidas preventivas puede ser limitado por diversas razones; por ende, usualmente el cáncer de cuello uterino no se logra detectar hasta

el momento en que se producen los síntomas y se encuentra avanzado. Asimismo, se va a tener que el acceso al tratamiento de las lesiones cancerosas puede ser limitado; esto mismo generará que en esos países la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino sea más elevada¹.

En consecuencia, con lo mencionado anteriormente y las limitaciones en países en desarrollo, sobre medidas preventivas para el cáncer cervicouterino, se analiza que la alta tasa de mortalidad mundial por cáncer de cuello uterino (tasa estandarizada por edad: 13,3/100 000 en el 2020) puede llegar a disminuirse, a través de intervenciones eficaces en distintas etapas de la vida¹. Debido a dicha razón, que se menciona reiteradamente en esta investigación, es relevante que cada persona tenga al menos un conocimiento básico de la enfermedad cáncer de cérvix, para promover la prevención de la patología y, asimismo, conocer desde qué momento debe asistir a un centro de salud.

Seguidamente, es crucial analizar que más del 70 % de la mortalidad por cáncer en el mundo se origina en los países que tienen unos ingresos bajos y medios; lamentablemente esto es una realidad de la que no se puede escapar Costa Rica. La Organización Mundial de la Salud refiere que existe la posibilidad de prevenir al menos un tercio de los casos anuales; eso sí, es importante mantener recursos suficientes, detectar precozmente y brindar un tratamiento eficaz al otro tercio. Cabe mencionar que, en Costa Rica, cada año se diagnostican en promedio 320 casos y fallecen 140 personas por esta patología, con base en datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud².

El cáncer de cérvix es una neoplasia que tiene un gran potencial comprobado en la prevención secundaria. Se ha observado, alrededor de los años, que esta patología es absolutamente evitable y hasta curable a bajo costo y riesgo; eso sí, mientras se cuente con métodos para lograr un buen tamizaje en las mujeres asintomáticas, a la vez con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. Seguidamente, Costa Rica cuenta con una normativa jurídica, que tiene como función proteger los ámbitos tanto de la salud sexual como la reproductiva, esto como parte constitutiva inherente a los derechos humanos fundamentales².

De modo que el cáncer de cérvix es un problema de importancia en la salud pública, más que todo de los países en vías de desarrollo; entre ellos se ubica América Latina, siendo la segunda causa de muerte en mujeres entre los 35 y 64 años a nivel mundial. En el año 2018, se

diagnosticaron alrededor de 569 847 nuevos casos de cáncer cervicouterino; en consecuencia, se produjeron 311 365 muertes en todo el mundo³.

Sobre la base del año 2006, se realizó un decreto de carácter obligatorio, el cual se basa en aplicar las pruebas de citología a mujeres de 20 años o más que sean sexualmente activas, en cumplimiento de la Norma y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero para el I y II nivel de atención y normas de laboratorios de citología, justificada en el resguardo al derecho humano de contar con servicios de salud de calidad y género sensitivos².

En la actualidad, el cáncer de cuello uterino persiste como una patología significativa, debido a su incidencia y la amenaza que representa para la salud pública. Al examinar los tipos específicos de cáncer de cuello uterino, se destaca que el carcinoma de células escamosas (CCE), combinado con el adenocarcinoma, constituye más del 98% de los casos diagnosticados de esta enfermedad. Este hecho resalta la importancia de comprender y abordar principalmente estos dos subtipos de cáncer cervicouterino, ya que representan la gran mayoría de los casos observados en la práctica clínica, y son fundamentales para las estrategias de prevención y tratamiento³.

Asimismo, cabe enfatizar que, dependiendo de la disponibilidad de educación, las condiciones de vida del paciente y los respectivos servicios médicos, esto va a contribuir a una influencia para lograr una detección temprana del cáncer cervicouterino en el país; por lo mencionado anteriormente, esta enfermedad maligna sigue siendo una de las más usuales. Los hechos comentados previamente van a constituir determinadas variantes sociales de la salud; esto se entiende como particularidades del entorno social, que conlleva al lugar donde se nace, vive, aprende, trabaja y juega, produciendo que influyan en una amplia gama de resultados y riesgos de salud, funcionamiento y calidad de vida. En relación con el tema anterior, en 1974 el Informe Lalonde planteó posteriormente un estudio epidemiológico, se analizó que la atención sanitaria es uno de esos determinantes; entonces, las barreras para prever el cáncer de cérvix contribuyen a tales desigualdades².

La consideración de los factores pronósticos es esencial para anticipar y comprender el curso clínico de la enfermedad, cuando ella ya se encuentra presente. La correcta identificación de estos factores desempeña un papel crucial en las fases de prevención secundaria y terciaria. Al explorar y comprender los factores pronósticos, se busca proyectar eventos significativos, como la

mortalidad, la recurrencia de la enfermedad, la preservación de la salud y la gestión de complicaciones. Este análisis profundo contribuye a una planificación más efectiva de estrategias de intervención y tratamiento, optimizando, así, la atención y mejorando los resultados de salud en el abordaje de la patología en cuestión⁴.

En consecuencia, numerosos informes subrayan el riesgo asociado a diversos factores en la génesis del cáncer cervicouterino. Entre estos, la multiparidad, la precocidad sexual, la promiscuidad tanto en hombres como en mujeres, y el hábito de fumar en conjunción con la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), han sido identificados como elementos cruciales que pueden contribuir al desarrollo de esta patología. Este estudio se adentrará en la minuciosa exploración de estos factores, analizando su interconexión y su impacto específico en la incidencia del cáncer cervicouterino. La comprensión profunda de estos aspectos proporcionará una visión más completa de los mecanismos subyacentes, y permitirá la implementación de estrategias más efectivas de prevención y control⁴.

Para lograr un diagnóstico temprano eficaz del cáncer cervicouterino, es esencial considerar y fortalecer tres herramientas fundamentales. En primer lugar, se destaca la necesidad de una concientización y educación exhaustiva dirigida a la población, con el objetivo de aumentar la comprensión de los riesgos asociados y fomentar prácticas saludables. Esta medida no solo involucra la divulgación de información sobre la importancia de los exámenes de detección, sino también la promoción de estilos de vida saludables, que contribuyan a la prevención de la enfermedad⁵.

En segundo lugar, se enfatiza la importancia de contar con medios diagnósticos eficientes. Esto implica el acceso generalizado a pruebas de detección, como la citología y la detección del VPH, así como métodos de diagnóstico por imagen avanzados. La implementación de tecnologías de vanguardia y la mejora de la infraestructura de atención médica son esenciales para garantizar la detección temprana de lesiones precancerosas y la intervención oportuna⁵.

Por último, pero no menos importante, se subraya la necesidad de adoptar técnicas terapéuticas conservadoras, que permitan abordar eficazmente la enfermedad sin comprometer la salud reproductiva, sexual y psicológica de las mujeres afectadas. Esto implica el desarrollo y la implementación de tratamientos personalizados, que minimicen los efectos secundarios y preserven la calidad de vida de las pacientes⁵.

En conjunto, estas tres herramientas forman un enfoque integral para el diagnóstico precoz y el manejo efectivo del cáncer cervicouterino. Al integrar la concientización, los medios diagnósticos avanzados y las terapias conservadoras, se crea un marco sólido para mejorar los resultados de salud, reducir la mortalidad y brindar un apoyo integral a las mujeres afectadas por esta patología⁵.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

Gutiérrez et al.⁶ utilizaron la base de datos de las Encuestas demográficas y de salud familiar realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008, con el propósito de determinar la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil. Es relevante mencionar que el PAP es una prueba frecuente para prevención contra el cáncer de cérvix. Seguidamente, usaron como variables dependientes las preguntas: ¿Ha oído o escuchado de la prueba de Papanicolaou? y ¿Le hicieron una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años? El porcentaje de mujeres en edad fértil (MEF) que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Asimismo, el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. A lo largo de los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables vinculadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse efectuado algún PAP solo estuvo relacionado con el vivir en la costa, en forma consecuente, durante los cuatro años analizados. Existen factores asociados al cumplimiento del PAP que pueden ser modificados, con el objetivo de mejorar la cobertura del PAP, método de tamizaje de elección para el cáncer de cuello uterino.

Luna et al.⁷ realizaron un estudio observacional, descriptivo, y transversal, con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre la prevención del cáncer cervical en usuarias de consultorio externo del hospital Santa Isabel – El Porvenir, Perú, durante el periodo enero-julio de 2020. Se encuestó a 324 mujeres del hospital Santa Isabel – El Porvenir, durante el periodo de enero a julio del 2020. Los resultados fueron mostrados en tablas estadísticas con frecuencias absolutas y porcentuales y gráfico de barras; posterior al análisis, se tienen las conclusiones de: nivel de conocimientos (alto: 62%, intermedio: 36,1% y bajo: 1,8%), actitudes (favorables 83,3% y desfavorable 16,7%) y prácticas (desfavorables 53,1% y favorables 46,9%).

Cadenas⁸ efectuó un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos, en Perú. La población estuvo constituida por 30 mujeres, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. La

técnica que se usó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, considerando el consentimiento informado. De manera que los resultados, del 100% (30) de las mujeres, el 60% (18) presentaron un nivel de conocimiento medio, el 27% (8) demostraron un nivel de conocimiento alto y el 13% (4) tuvieron un nivel de conocimiento bajo. El estudio apoya que la mayoría de las mujeres del Asentamiento Humano San Carlos tiene un nivel de conocimientos medio, acerca de la prevención de cáncer de cérvix y mama.

Herrero et al.⁹ ejecutaron un estudio de casos y controles, con el objetivo de analizar la variación geográfica del cáncer invasor del cuello uterino, efectuado en Costa Rica entre 1986 y 1987, en 192 mujeres con cáncer invasor del cuello uterino y 372 controles. Los factores sexuales y reproductivos fueron más predominantes en los controles de las zonas de alta incidencia que en las de baja incidencia, pero tanto el antecedente de frotis de Papanicolaou como el de detección de ADN del VPH se percibieron con la misma frecuencia en ambas zonas. Los riesgos atribuibles poblacionales de la detección del VPH 16/18, del número de compañeros sexuales, del número de hijos nacidos vivos, de la ausencia de citología vaginal previa, y de la baja condición socioeconómica fueron, respectivamente, 39, 38, 29, 23 y 22%. No obstante, es factible que haya diferencias en la calidad de los exámenes de detección, y se concluye que las diferencias regionales reflejan diferentes patrones de conducta más que de detección.

1.5.2 Antecedentes internacionales

Murillo et al.¹⁰ analizaron datos basados en la población de registros de cáncer en 13 países y datos de mortalidad de 18 países en Centroamérica y América del Sur. En dicho estudio, su propósito fue estimar las tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad y, además, se realizó un análisis de tendencias en el tiempo cuando la información se detectó disponible. La investigación aseguró que la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix se han reducido en algunos países de Centroamérica y América del Sur, esto con un cambio porcentual anual de -4,2 a -6,7 para la incidencia y de -0,2 a -8,3 para la mortalidad. Pese a que se observó disminución de la incidencia en algunos países, la mortalidad por cáncer cervicouterino se mantuvo casi estable en la mayoría de los países. Las conclusiones demuestran disminuciones en las tendencias de mortalidad en Chile y Costa Rica, debido posiblemente al resultado de programas de detección temprana.

Santana et al.¹¹ realizaron un estudio etnográfico, para identificar los factores que influyen en la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres en la comunidad quilombolas, en

Brasil. La población de estudio estaba formada por mujeres que asistieron a la unidad básica de salud de dicha comunidad. Al momento de recolección de datos se emplearon: talleres de forma, de observación y de educación sanitaria. El análisis se basó en la lectura y relectura de entrevistas, sistematización de los datos, clasificación de las unidades de significación y luego categorización de estos. A manera de resultados, se observó una mayor falta de adherencia en mujeres negras en edad escolar. Asimismo, hay que tener en cuenta que la educación sanitaria es un factor que puede colaborar a que estas mujeres estén más informadas acerca de la prueba de prevención, también para obtener información, aclarar sus respectivas dudas y prevenir el cáncer del cuello del útero.

Páez et al.¹², en su estudio descriptivo de corte transversal, se enfocaron en determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 unidades de salud familiar de Bañado Sur-Asunción, periodo abril-octubre 2012. La edad promedio de las entrevistadas fue 42 años, la mayoría en unión libre o casadas (70%); 65% tienen educación básica y media, 56% son amas de casa. Como resultados, el 83% tiene seguro médico; 78% escuchó hablar sobre cáncer de cuello uterino, 74% de estas, en los centros de salud escucharon sobre este tipo de cáncer mencionado. El 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad, 90% escuchó hablar acerca de la prueba de Papanicolaou, el 27 % de ellas sabe en qué se basa dicha prueba; 90% de las mujeres manifestó actitud favorable y 56% prácticas favorables respecto a la prevención de la enfermedad. El estudio apoya aumentar la prestación de servicios de prevención de este tipo de cáncer; seguidamente, motivar el trabajo interinstitucional e intersectorial, en la prevención y control de la enfermedad en el país.

Narváez et al.¹³, en su estudio de corte transversal, definieron el grado de conocimiento sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres de un instituto de educación técnica de la ciudad de Cali, Colombia. El enfoque se basó en la participación de 131 mujeres matriculadas en cualquiera de los programas académicos de la institución educativa, a quienes se les asignó una encuesta estructurada. A manera de resultados, el promedio general de respuestas positivas fue 51,7%. La media de acierto de las variables de conocimiento sobre prevención se calculó en 86,1%; mientras tanto, el promedio de acierto de las variables acerca de factores de riesgo se estimó en 34,6%. En los resultados, se encontró un nivel de conocimiento alto respecto a la citología y la vacuna contra el virus del papiloma humano como métodos de

prevención, pero el nivel fue bajo cuando se consideraron los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino. Estas deficiencias podrían estar asociadas con el nivel socioeconómico y académico bajos en la población estudiada.

1.5.3 Antecedentes nacionales

Rivera et al.², en una revisión sistemática cualitativa de literatura, entre mayo y setiembre de 2021, plantearon la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras identificadas, según las dimensiones de cobertura de la asistencia sanitaria, para la detección oportuna y el tratamiento del cáncer cérvico uterino en Costa Rica? Seguidamente, examinaron estudios publicados de enero de 2010 a junio de 2021, para identificar limitaciones en el momento de acceder a la atención según población general, usuarios o personal de salud en Costa Rica. La investigación mencionó que las disminuciones en las tasas de incidencia se pueden lograr al reducir las desigualdades en condiciones socioeconómicas, disponibilidad de servicios de salud preventiva y condición social de la mujer, y en los resultados encontraron barreras vinculadas con una insuficiente información alrededor del tema, aunque también se entiende como la oferta de servicios en el centro de atención.

Cubillo et al.¹⁴, en un estudio exploratorio descriptivo, evaluaron a 530 mujeres con patología cervical, quienes fueron sujetos de la Evaluación de la prestación de servicios de salud en hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2015, con el propósito de analizar la continuidad asistencial por medio de la determinación de las demoras en los plazos de atención. Se observó que la patología cervical se presenta fundamentalmente en mujeres entre los 30 y los 44 años. Asimismo, no todas las mujeres son atendidas de forma oportuna en el continuo asistencial, encontrando variabilidad en los porcentajes de casos atendidos inoportunamente, ya sea para la notificación del reporte de la citología cervicovaginal o para la ejecución de la colposcopia. Hay casos cuyos plazos de atención son muy extensos. La identificación de las demoras puede aportar a la búsqueda de las causas de atención inoportuna, para su respectivo análisis local y la gestión de las medidas correctivas adecuadas, tratando de garantizar la continuidad asistencial y la trazabilidad de los casos.

Santamaría et al.¹⁵ utilizaron un análisis estadístico y se realizó a partir de la encuesta nacional de hogares de 2014; deseaban determinar si existen diferencias entre regiones de Costa Rica en el uso del Papanicolau, con el fin de visualizar las inequidades relacionadas con la

detección temprana del cáncer cérvico-uterino, con el objetivo de estimar dos modelos de regresión multinomial que detallan el tiempo transcurrido desde el último Papanicolau y las razones por las que las mujeres nunca se habían efectuado uno. Al poner en comparación con las residentes de la región Central, las mujeres de las regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Caribe son respectivamente un 80 %, 52% y 58% más propensas a haberse realizado la citología vaginal por última vez hace cinco años o más, que hace uno o dos años. Por dicha razón, la Región Chorotega presenta las condiciones más perjudiciales en cuanto a la práctica de PAP, y esto genera un mayor riesgo de desarrollar lesiones y cáncer de cérvix.

Carlson et al.¹⁶, en su estudio, tuvieron el fin de analizar el conocimiento de adolescentes, tanto mujeres como hombres, acerca de los métodos preventivos, el contagio de infecciones, las manifestaciones clínicas y los servicios médicos. La muestra consistió en un total de 533 estudiantes de los grados séptimo a duodécimo, de cinco escuelas secundarias públicas en la región rural de San Carlos, y participaron en el estudio de marzo a abril de 2012. En el estudio se reveló que los estudiantes carecían de conocimiento, ya que solo el 30.8 % de ellos aseguraron que sabían lo que era el cáncer de cuello uterino, y el 75,2% de los estudiantes había oído hablar del virus del papiloma humano, pero solo el 33,9% de esos estudiantes conocía que el VPH está relacionado con el cáncer de cuello uterino. Los resultados apoyan la relevancia de incluir el cáncer de cuello uterino en la educación sexual del sistema de educación pública en Costa Rica, con el fin de educar a la población en riesgo sobre desarrollo de infecciones, manifestaciones clínicas, métodos preventivos y servicios médicos, con el propósito de reducir la presencia de cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1 Salud general y de las mujeres

Inicialmente, la salud suele ser un concepto de gran complejidad, es cambiante, ya sea en el tiempo y lugar, se encuentra influenciada por la interacción de diversos factores biológicos, económicos, hereditarios, educativos, ambientales, laborales, alimentarios, políticos, sociales, culturales, familiares y personales, entre muchos más. Cabe mencionar que el significado de salud es distinto entre los diferentes grupos sociales, e incluso de una persona a otra del mismo grupo social¹⁷.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud. en una conferencia que se realizó en Nueva York, en el año 1948, definió la salud como el estado de completo bienestar tanto físico, mental como social, y no es solo la ausencia de afecciones o enfermedades, desde ese momento no la ha modificado, aunque en 1977 le agregó lo siguiente: “Es aquello a lograr para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar de manera activa en la vida social de la comunidad donde viven”¹⁷.

Seguidamente, es relevante conocer que la salud de las mujeres se describe como la rama de la Medicina que tiene su énfasis en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades y padecimientos que influyen en el bienestar físico y emocional de una mujer¹⁸.

2.2 Cáncer de cérvix

El cáncer de cérvix es la neoplasia maligna ginecológica que sucede con mayor frecuencia. Asimismo, su definición se basa en una alteración celular que surge en el epitelio del cuello del útero; debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH), estos se manifiestan inicialmente a través de lesiones precancerosas¹⁹.

Si se realiza una comparación con otros tumores malignos ginecológicos, el cáncer cervicouterino tiene su evolución en una población de mujeres más jóvenes. Por consiguiente, su detección con pruebas de Papanicolaou casi siempre inicia en la adolescencia o en la juventud²⁰.

2.3 Virus del papiloma humano

Los VPH son virus epiteliotropos, que infectan las células basales del epitelio y se favorecen gracias a su capacidad de proliferación para replicarse. Se ha observado que múltiples estudios epidemiológicos, de biología molecular y clínicos corroboraron, a mediados de los años noventa, el relevante papel de esta infección en la génesis en las lesiones premalignas y del cáncer de cérvix

uterino. Hoy por hoy se acepta de forma indiscutible que el cáncer de cérvix es la última consecuencia de una infección viral transmitida por vía sexual. De modo que el VPH es la causa etiológica necesaria, pero no suficiente, para que se logre desarrollar de dicha neoplasia²¹.

Seguidamente, los VPH son virus de pequeño tamaño, de la familia Papovaviridae, constituidos por una doble cadena de ADN, que abarca unos 8 000 pares de bases y se encuentran recubiertos por una cápside proteica, formada por capsómeros, cuya distinta dotación antigénica va a generar que se condicione la existencia de diversas familias y tipos de VPH. En su genoma se diferencian tres relevantes regiones: a) región precoz, la cual conforma los genes E1, E2, E3, E4, E5, E6 y E7, que se expresan en el inicio del ciclo viral, también codifican las proteínas necesarias para la replicación y mantenimiento del virus; b) región tardía, que constituye los genes L1, L2 y L3, estos se expresan al final del ciclo viral y codifican las proteínas que forman la cápside; c) región reguladora no codificante, cuya función es dirigir la expresión génica y el ensamblaje de las partículas virales²¹.

Es relevante mencionar que los genes implicados en la transformación neoplásica son E6 y E7. El oncogén E7 se relaciona con la proteína del retinoblastoma (pRb), que impide que la célula entre en la fase S. Por otro lado, el oncogén E6 favorece la destrucción de la p53 por medio de la vía proteolítica mediada por ubiquitina²¹.

En la actualidad, se han secuenciado más de 150 tipos distintos de VPH, que se agrupan en cinco géneros. Asimismo, en su mayoría van a colonizar la piel o las mucosas, y la infección es asintomática en personas inmunocompetentes. Los α - y β -papilomavirus constituyen la mayoría de los VPH relacionados en las lesiones del tracto genital inferior. Se tiene conocimiento de que al menos unos 35 tipos influyen desfavorablemente en la mucosa del tracto anogenital, y que, según el tipo de lesiones y su potencial oncogénico, se ordenan como VPH de bajo o alto riesgo oncogénico²¹.

Los VPH de bajo riesgo (VPH-BR) originan condilomas acuminados y lesiones escamosas de bajo grado; excepcionalmente, se establecen en los carcinomas invasores y en las lesiones escamosas de alto grado. Los VPH 6 y 11 son los tipos más característicos de este grupo, debido a que son responsables de aproximadamente el 90 % de los condilomas genitales²¹.

Los VPH de alto riesgo (VPH-AR) habitualmente se vinculan a los cánceres invasores del tracto genital inferior y a las lesiones escamosas de alto grado. Los tipos más representativos son el 16 y 18, puesto que solo estos dos virus originan el 70 % de los cánceres de cérvix de todo el mundo (el VPH 16 causa el 55-60 %, el VPH 18 el 10-15 % y otros diez tipos restantes de VPH el 25-35 %). El VPH 18 se relaciona, con una alta frecuencia, con los adenocarcinomas (32 %), que con los carcinomas escamosos (8 %). En un metaanálisis que abarcó más de 14.500 casos de cáncer cervical, se establecieron los siguientes tipos del VPH en orden decreciente de prevalencia: 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52, 35, 59, 56, 51, 39, 6, 73, 68 y 82²¹.

Alrededor de los años, se ha analizado que la historia natural de la infección por VPH demuestra que una gran mayoría de las mujeres se infectan en los primeros años, tras iniciar las relaciones sexuales; esto conlleva a un pico de mayor incidencia antes de los 25 años (prevalencia del 20-30 %), y un descenso partiendo de los 30-35 años²¹.

De modo que la persistencia de la infección depende del tipo de VPH; debido a esto, los tipos de alto riesgo persisten más que los de bajo riesgo, y específicamente, entre los tipos oncogénicos, los VPH 16 y 18 son, con gran diferencia, los más persistentes. Cabe mencionar que la persistencia viral es una condición inevitable para que se genere la progresión lesional y, por el contrario, el aclaramiento viral es un factor determinante de la regresión lesional (inclusive en lesiones de alto grado)²¹.

Finalmente, la etiología del cáncer de cérvix se vincula rotundamente con la infección persistente de unos 15 tipos de VPH oncogénicos. Dicha relación es consistente a escala mundial, y se confirma una relación de causalidad sobre la base de criterios biológicos, moleculares y epidemiológicos²¹.

2.4 Etiología del cáncer de cérvix

En los inicios del siglo XX, se caracterizó como lesión premaligna la existencia de áreas de carcinoma superficial en la periferia de carcinomas invasores del cérvix uterino; dichas lesiones son precursoras para provocar el cáncer de cérvix²¹.

Por lo tanto, en el transcurso del I Congreso Internacional de Citología, celebrado en 1961, se propuso usar el término displasia para denominar a todas las lesiones premalignas cervicales. Dicho término fue introducido por Reagan en 1953, y se refiere a las alteraciones en la

diferenciación del epitelio escamoso ubicado sobre la superficie o en las glándulas, que no llega a conseguir el grado de perturbación que caracteriza el carcinoma in situ²¹.

La displasia se subclasificó en leve, moderada o grave, dependiendo de la intensidad de la atipia. También se distinguió el término carcinoma in situ, introducido por Rubin en 1910 y popularizado por Broders en 1932. Dicho término se caracteriza por la pérdida de los signos de diferenciación del epitelio escamoso, sin signos de invasión, donde las células más superficiales pueden exponer un ligero aplanamiento y dichas alteraciones epiteliales pueden extenderse a las glándulas subyacentes. En 1967, Richart estableció el término neoplasia cervical intraepitelial (CIN), con el fin de relatar acerca del espectro de epitelios escamosos anormales, que muestran alteraciones en la estructuración y maduración, pero que están bien diferenciados (de acuerdo con la displasia) o que, al revés, muestran ausencia total de diferenciación, ubicados en la superficie o rellenando glándulas, pero sin invasión (de acuerdo con el carcinoma in situ)²¹.

Para Torne²¹, la intensidad de estas alteraciones se diferencia en tres grados:

Tabla 1. Grados de la neoplasia cervical intraepitelial

CIN, grado 1	CIN, grado 2	CIN, grado 3
Equivalente a displasia leve.	Equivalente a displasia moderada.	Equivalente a displasia grave y carcinoma in situ.
Las anormalidades perjudican aproximadamente solo el tercio inferior del grosor del epitelio.	Las anormalidades dañan entre un tercio y dos tercios del espesor del epitelio.	Las alteraciones se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio.

Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica²¹.

En el momento de la práctica clínica, cuando se introdujo el concepto de neoplasia intraepitelial cervical, se supuso considerar estas alteraciones del epitelio como etapas de un mismo proceso con potencial premaligno y, simultáneamente, la necesidad, desde el punto de vista clínico, de tratar a todas las mujeres con independencia del grado. Alrededor del tiempo, el conocimiento de la historia natural permitió confirmar que no siempre todas estas alteraciones celulares son potencialmente progresivas y, por consiguiente, no tienen por qué terminar en un cáncer invasor²¹.

La confirmación de que el virus del papiloma humano (VPH) constituye el factor etiológico imprescindible en el desarrollo del cáncer de cérvix, ha representado una gran revolución en el conocimiento de la historia natural, el diagnóstico y el tratamiento de dichas lesiones. El efecto citopático de la infección por VPH constituye la base de las alteraciones epiteliales que se consideran lesiones premalignas. El concepto de CIN es muy amplio y, por tanto, agrupa tantas alteraciones epiteliales transitorias, resultado de una infección autolimitada, como verdaderas lesiones premalignas con potencial de progresión a cáncer²¹.

2.5 Anatomía patológica del cáncer de cérvix

2.5.1 Aspecto macroscópico

El carcinoma cervical, en sus fases iniciales, no dispone de características macroscópicas específicas que logren un diagnóstico con una simple inspección. En la mencionada fase, el diagnóstico se puede realizar únicamente por medio de la citología exfoliativa, la colposcopia y la biopsia²².

Asimismo, el carcinoma del cuello uterino, cuando se manifiesta en su forma temprana, puede aparecer macroscópicamente como una eritroplasia, mejor dicho, como una mancha roja que presenta una extensión versátil, que suele estar ubicada en las proximidades del orificio cervical externo. Es relevante detallar que la superficie de esta zona roja puede encontrarse elevada y, por su gran vascularización, sangrar con facilidad al roce²².

De igual manera, en otros casos se logra distinguir una pequeña zona de aspecto granular y de consistencia dura que sangra fácilmente al contacto. Ocasionalmente, aparece como una pequeña úlcera de superficie granulosa, y presenta sangrado fácil²².

Normalmente, el carcinoma cervical empieza en el círculo escamoso-cilíndrico, usualmente está ubicado en las proximidades del orificio cervical externo. A veces, se observa que el carcinoma comienza en el conducto endocervical, que esto conlleva a que puede existir una posibilidad de que pase totalmente inadvertido a la hora de la exploración macroscópica con espéculo²².

Seguidamente, se observa que, en fases más avanzadas, el tumor puede generar un aspecto muy representativo y acoger dos formas de crecimiento: variedad exofítica y variedad endofítica²².

De acuerdo con Fusté et al.²², las características de las formas de crecimiento de variedad exofítica y endofítica son: la variedad exofítica, es la más frecuente en un 63 %, se define como el crecimiento neoplásico que se genera hacia la superficie y adopta un aspecto vegetante, similar a una coliflor. Las masas que la constituyen son friables, sangran con facilidad y generalmente se necrosan. La variedad endofítica, que es menos frecuente en un 36 %, es un crecimiento que se produce en profundidad, conformando zonas induradas o nódulos, que finalmente producen úlceras.

En otros instantes, el cáncer puede producir su desarrollo y crecimiento en el conducto endocervical. Seguidamente, en las fases avanzadas, el orificio cervical externo se encontrará dilatado y, a través de este, se contemplan masas vegetantes y friables que pueden generar una confusión con pólipos cervicales²².

De igual modo, en la forma endocervical, el carcinoma puede, igualmente, generar un crecimiento vegetante papilar en el 41 % aproximadamente de los casos, ulceroso en el 26 %, nodular en el 16 % y polipoide en el 1 %²².

Es relevante mencionar que la localización única endocervical tiene una mayor frecuencia y característica del adenocarcinoma, pero no es exclusiva de él. Se menciona que el carcinoma escamoso puede estar ubicado incluso en el endocérvix o al revés, el adenocarcinoma puede establecerse en el ectocérvix. Normalmente, la localización de ambas formas histológicas, adenocarcinoma y carcinoma escamoso, es mixta, mejor dicho, es ectocervical y endocervical²².

Por consiguiente, la edad de la mujer puede tener alguna influencia en la ubicación del tumor. Existen pruebas de que el carcinoma cervical empieza su crecimiento en la zona límite entre el epitelio escamoso y el cilíndrico (círculo escamoso-cilíndrico). Y esta zona en la mujer posmenopáusica habitualmente se encuentra dentro del conducto endocervical, mientras que en la mujer sexualmente madura suele ser ectocervical²².

2.5.2 Aspecto microscópico

Existen dos tipos histológicos de gran importancia de carcinomas cervicales, procedentes de las dos variedades de epitelio que revisten el cuello: el carcinoma de células escamosas, derivado del epitelio escamoso, que reviste el ectocérvix; y el adenocarcinoma, derivado del epitelio cilíndrico, que reviste el endocérvix²².

El carcinoma escamoso establece la forma histológica más frecuente de tumor maligno del cuello uterino. En la mayoría de las estadísticas representa más del 75 %. En ciertos estudios, se observa que logra un alcance alrededor del 80 %²².

El segundo lugar, en orden de reiteración, lo abarca el adenocarcinoma, que representa en torno de un 10-12 % en algunas series clásicas; no obstante, se analiza que los datos más recientes alertan del incremento (absoluto o relativo) del adenocarcinoma, ubicándose por encima del 25 % de los casos²².

El carcinoma adenoescamoso se encuentra en el 2,9 % de los casos. El resto de las variedades histológicas presentan una menor frecuencia²².

2.6 Fisiopatología del cáncer de cérvix

2.6.1 Oncogénesis

El cáncer epidermoide cervicouterino normalmente se genera en la unión escamocolumnar, comenzando por una lesión displásica previa, que en la mayoría de los casos se debe a una infección con virus de papiloma humano. Se observa que la mayoría de las jóvenes elimina prontamente este virus, pero las personas con infección que sigue persistiendo, esto puede progresar a una enfermedad cervicouterina displásica preinvasora. Habitualmente, se necesita de varios años para que inicie la progresión de displasia a cáncer invasor, pero existen variaciones amplias²⁰.

Las alteraciones moleculares relacionadas con la carcinogénesis cervicouterina presentan su grado de complejidad, y no hay una comprensión en su totalidad. Ha sido complicado detectar estos fenómenos moleculares comunes adicionales y los estudios muestran una gran heterogeneidad. Por lo tanto, se analiza que la oncogénesis se debe a efectos interactivos entre inmunidad del hospedador, agresiones ambientales y variaciones genómicas en las células somáticas²⁰.

Seguidamente, se debe tener presente que el virus del papiloma humano tiene una función relevante en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Se encuentra más evidencia que sugiere que las oncoproteínas del VPH pueden ser un componente fundamental de la proliferación cancerosa continua. A diferencia de los serotipos de bajo riesgo, los serotipos oncógenos de VPH pueden integrarse en el genoma humano²⁰.

Como consecuencia que produce la infección, las proteínas de replicación temprana del virus de papiloma humano oncogénico, E1 y E2, van a generar que el virus se pueda replicar dentro de las células del cuello uterino. Las proteínas mencionadas anteriormente se expresan en concentraciones bastante altas, más que todo en las etapas tempranas de la infección. Es de gran relevancia comentar que puede inducir cambios citológicos que se detectan como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (low-grade squamous intraepithelial, LSIL) cuando se realizan pruebas de Papanicolaou. Posteriormente, se puede producir una amplificación de la replicación vírica y transformación subsiguiente de las células normales a células tumorales²⁰.

Particularmente, se menciona que los productos génicos oncoproteínas E6 y E7 están involucrados en la transformación. La proteína E7 va a unirse con la proteína supresora tumoral de retinoblastoma (Rb), pero se observa que la proteína E6 tendrá unión con la proteína supresora tumoral p53. De igual manera, en ambos casos, la unión produce una conducción a la degradación de estas proteínas supresoras. El efecto de E6 en la degradación de p53 se encuentra muy estudiado y se vincula con la proliferación e inmortalización de las células cervical²⁰.

2.6.2 Diseminación tumoral

Posterior a que sucede la oncogénesis, se observa que el patrón de crecimiento local puede ser exofítico si el cáncer nace del ectocérvix, o endofítico si se produce en el conducto endocervical. Cabe recalcar que existe una probabilidad de que las lesiones, ubicadas en la parte inferior del conducto y sobre el ectocérvix, logren ser visibles mediante la exploración física²⁰.

2.6.3 Diseminación linfática

Es de suma relevancia comentar que el cuello uterino posee una red abundante de linfáticos que siguen el trayecto de la arteria uterina. Estos conductos tendrán su drenaje más que todo hacia los ganglios linfáticos paracervicales y parametriales. Por lo tanto, los mencionados ganglios linfáticos son relevantes en la clínica y se extirpan como parte de la resección parametrial en el transcurso de la histerectomía radical²⁰.

2.7 Tipos de cáncer de cérvix

2.7.1 Cáncer epidermoide

Los dos subtipos más frecuentes de cáncer cervicouterino son el adenocarcinoma y el epidermoide. El último mencionado es el más sobresaliente, ya que comprende 75 % de todos los

cánceres cervicouterinos y se genera en el ectocérvix. Seguidamente, se analiza que en los últimos 30 años se ha producido un descenso en la incidencia de cánceres epidermoides y un aumento en la de adenocarcinomas cervicouterinos. Los cambios mencionados anteriormente se deben a un mejor método de detección para lesiones escamosas tempranas del cuello uterino²⁰.

Asimismo, los carcinomas escamosos se subdividen en carcinomas queratinizantes y no queratinizantes. Los primeros mencionados van a disponer de perlas de queratina y nidos de epitelio escamoso neoplásico. Los carcinomas no queratinizantes poseen nidos redondos de células escamosas neoplásicas con queratinización individual, pero carecen de las perlas de queratina²⁰.

2.7.2 Adenocarcinomas

Los adenocarcinomas abarcan el 20 a 25 % de los cánceres de cuello uterino, y se originan en las células glandulares endocervicales productoras de moco. Por su comienzo dentro del endocérvix, generalmente los adenocarcinomas se encuentran ocultos, y existe una posibilidad de que estén desarrollados antes de que se encuentre una evidencia clínica de su presencia. Habitualmente, al momento de realizar el examen físico, concede al cuello uterino forma de barril palpable. Cabe recalcar que los adenocarcinomas demuestran diversos patrones histológicos formados por diferentes tipos de células. De los mencionados, los más frecuentes son los adenocarcinomas mucinosos, los que se subdividen en endocervical, intestinal, con desviación mínima o vellosa glandular²⁰.

El adenocarcinoma con desviación mínima se denomina también adenoma maligno; sus características aparecen como la presencia de glándulas lisas desde el punto de vista citológico, con forma y tamaño anormales. Seguidamente, los adenocarcinomas vellosos-glandulares se encuentran formados por papilas superficiales. La porción superficial habitualmente se asemeja a un adenoma vellosa, mientras que la porción más profunda está formada por glándulas ramificadas y ausencia de desmoplasia²⁰.

En el estudio Gynecologic Oncology Group (GOG), en un estudio ulterior, se demostró que la supervivencia global de las mujeres con carcinoma escamoso IB y adenocarcinoma era semejante. La evidencia sugiere que los adenocarcinomas avanzados (estadios IIB a IVA) tienen un pronóstico más deprimente que los carcinomas escamosos del mismo estadio. A manera de conclusión, la evidencia sugiere que el adenocarcinoma cervicouterino es una variedad de alto riesgo²⁰.

2.7.3 Carcinomas cervicales mixtos

Se observa que estas neoplasias cervicouterinas malignas son raras. Los adenocarcinomas adenoescamosos no difieren mucho de los del cuello uterino. Presentan un componente escamoso poco diferenciado y queratinizado. En el carcinoma de células vidriosas, se menciona que posee una forma de carcinoma adenoescamoso poco diferenciado, en el que las células tienen citoplasma con apariencia de vidrio molido y un núcleo destacado con nucléolos redondeados²⁰.

2.7.4 Tumores neuroendocrinos del cuello uterino

Se presentan como neoplasias malignas raras; poseen tumores de células grandes y células pequeñas del cuello uterino. Los tumores neuroendocrinos son bastante agresivos; además, los cánceres en etapa temprana tienen un índice relativamente bajo de supervivencia libre de enfermedad, pese a que se realice un tratamiento con histerectomía radical y quimioterapia adyuvante²⁰.

2.7.5 Otros tumores malignos

Muy pocas veces el cuello uterino es la ubicación donde se desarrollan sarcomas, linfomas malignos y melanomas. En su mayoría, estos tumores se caracterizan como una masa cervicouterina hemorrágica. Inicialmente, la diferenciación de los sarcomas cervicouterinos de un sarcoma uterino primario va a necesitar de un estudio patológico minucioso y ubicar la masa principal del tumor. Asimismo, los leiomiomas cervicouterinos y los sarcomas estromales cervicouterinos presentan un pronóstico muy malo, similar al de los sarcomas uterinos. La mayor parte de los casos se trata con diversas modalidades. Habitualmente, los melanomas se presentan como ganglios ulcerados de color azul o negro, pero dichos tumores presentan un pronóstico pobre²⁰.

2.8 Estadios del cáncer de cérvix

La estadificación se establece clínicamente mediante el tamaño del tumor y el grado de extensión pélvica. En el caso de lesiones microscópicas, el estadio se delimita después de la conización, cuando las dimensiones del tumor pueden determinarse histológicamente. El estadio siempre debe asignarse en el momento del diagnóstico y nunca modificarse²³.

Cabe mencionar que TNM es un sistema de estadificación del cáncer, en el cual T se relaciona con el tamaño del tumor primario, N con la afectación ganglionar y M con la enfermedad metastásica²³.

De acuerdo con Cohen et al.²³, la estadificación de tumores cervicales, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC), se basa en lo siguiente:

Tabla 2. *Estadificación de tumores cervicales según la FIGO y AJCC*

Características de los tumores cervicales	TNM	FIGO
El tumor primario no se puede evaluar.	TX	-
No presenta evidencia de tumor primario.	T0	-
Carcinoma in situ (preinvasivo).	Tis	-
Carcinoma cervical confinado al cuello uterino (debe descartarse extensión al cuerpo uterino).	T1	I
Carcinoma invasivo diagnosticado únicamente a través de microscopía, invasión estromal que presenta profundidad máxima de 5mm medida desde la base del epitelio, extensión horizontal máxima de 7mm.	T1a	IA
Invasión estromal no mayor a 3mm y extensión lateral no mayor a 7mm.	T1a1	IA1
Invasión estromal medida mayor a 3mm, pero no más de 5mm, y extensión lateral no mayor a 7mm.	T1a2	IA2
La lesión se encuentra clínicamente visible, confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a o IA2.	T1b	IB
La lesión es clínicamente visible, no es mayor a 4cm en su dimensión mayor.	T1b1	IB1
Lesión clínicamente visible, es mayor a 4cm en su dimensión mayor.	T1b2	IB2
El carcinoma cervical invade más allá del útero, pero no la pared pélvica ni el tercio inferior de la vagina.	T2	II

Tumor sin invasión parametrial.	T2a	IIA
La lesión clínicamente visible no es mayor a 4 cm en su dimensión mayor.	T2a1	IIA1
La lesión clínicamente visible es mayor a 4cm en su dimensión mayor.	T2a2	IIA2
Tumor con invasión parametrial.	T2b	IIB
El tumor se encuentra extendido a la pared pélvica, afecta el tercio inferior de la vagina, causa hidronefrosis o riñón no funcional, o una combinación de todos los síntomas.	T3	III
El tumor afecta el tercio inferior de la vagina, pero sin extenderse a la pared pélvica.	T3a	IIIA
El tumor se extiende a la pared pélvica, causa hidronefrosis o riñón no funcional, o ambos.	T3b	IIIB
El tumor se encuentra invadiendo la mucosa de la vejiga o el recto, se extiende más allá de la pelvis verdadera, o ambas.	T4	IV
El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto.	T4a	IVA
El tumor se extiende más allá de la pelvis verdadera.	T4b	IVB

Fuente: Elaboración con base en la referencia bibliográfica²³.

La estadificación combina el examen físico, los procedimientos endoscópicos y las modalidades de imagen conforme a las pautas de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), pero no siempre es necesario usar todas las modalidades en cada paciente²³.

2.9 Clínica (signos y síntomas)

Inicialmente, en las mujeres que se examinan periódicamente, el descubrimiento más habitual es un examen de Papanicolaou anormal sin asociar otros síntomas. No obstante, algunas veces, en el examen macroscópico, cuando se encuentra presente el cáncer de cuello uterino, se

puede determinar una apariencia anormal del cérvix con presencia de úlceras, masa exofítica o erosión gruesa²⁴.

En sus etapas primarias, el cáncer de cuello uterino generalmente es asintomático y se puede diagnosticar posterior a un examen de detección de rutina o un examen pélvico²³.

A pesar de ello, para las mujeres que tienen síntomas, el cáncer cervicouterino en etapa temprana puede generar secreción vaginal acuosa teñida con sangre. También puede producirse una hemorragia vaginal intermitente después del coito o duchas. Seguidamente, cuando el tumor maligno va creciendo, la hemorragia casi siempre se intensifica y, habitualmente, la paciente se presenta a la sala de urgencias con hemorragia incontrolable en el lecho tumoral. Se observa que cuando hay obstrucción ureteral, la paciente puede presentar hidronefrosis y uremia; ocasionalmente pueden ser los síntomas de presentación²⁰.

De igual manera, un flujo vaginal maloliente profuso también puede ser un síntoma, pero rara vez aparece de forma aislada. Es relevante mencionar que la tríada de edema de las extremidades inferiores, dolor en el flanco y ciática sugieren invasión de la pared pélvica lateral. El paso de orina por medio de la vagina es un síntoma de fístula vesicovaginal y propone una invasión de la vejiga, mientras que el paso de heces por medio de la vagina es un síntoma de fístula rectovaginal y refiere invasión del recto²³.

2.10 Diagnóstico

El diagnóstico se fundamenta en la evaluación histopatológica de una biopsia cervical. Las mujeres que presentan síntomas de cáncer de cuello uterino necesitan un examen pélvico, visualización del cuello uterino y la mucosa vaginal, y citología cervical. El cuello uterino y la mucosa vaginal deben observarse por medio de un examen con espéculo²³.

La citología es un método que se enfoca en el estudio morfológico de las células exfoliadas, provenientes de la mucosa ectocervical y endocervical. Las células del epitelio cervical que han sido infectadas por VPH, o que inician con cambios preneoplásicos, sufren relevantes alteraciones en el núcleo y el citoplasma, que modifican el aspecto microscópico normal de las células exfoliadas²¹.

De acuerdo con Torné²¹, las primordiales causas de los falsos negativos de la citología son:

- a) La toma cervical inadecuada y no representativa de la zona de transformación, que sugiere el 70% de todos los casos.
- b) La interpretación incorrecta del frotis, que implica el 30 % restante.

Alrededor de los años, han existido diversos métodos para tomar una citología, pero específicamente en los últimos años se ha introducido un nuevo método de citología en fase líquida (Thin Prep ® y AutoCyte ®), que se caracteriza por introducir la toma cervical en un vial, que abarca una solución de transporte, que preserva el material y permite ejecutar de forma automatizada, en el laboratorio, una extensión en monocapa previa dispersión y filtración de la sangre, moco u otros artefactos que dificultan la lectura. Primeramente, este nuevo método tenía el fin de disminuir el porcentaje de falsos negativos de la citología convencional de Papanicolaou; la mayor ventaja que lograron explicar ha sido la reducción de muestras inadecuadas para valoración; asimismo, la posibilidad de ejecutar estudios adicionales de gran uso en el caso de la prueba VPH condicionada al resultado de la citología²¹.

2.10.1 Frotis de Papanicolaou

La valoración histológica de la biopsia cervicouterina es la herramienta más utilizada para diagnosticar cáncer cervicouterino. Aunque los frotis de Papanicolaou se realizan frecuentemente para detectar la presencia de este tumor, estos no siempre van a lograr una detección del cáncer. Particularmente, la mencionada prueba tuvo solo una sensibilidad de 55 % a 80 % para detectar lesiones de alta malignidad en cualquier prueba determinada. Por consiguiente, el poder preventivo del frotis de Papanicolaou radica en la detección en serie²⁰.

2.10.2 Colposcopia

La colposcopia, introducida por Hinselmann en 1925, consiste en la exploración magnificada del cérvix y la evaluación de la zona de transformación, con el fin de identificar las áreas epiteliales anormales y dirigir la biopsia, para que permita la confirmación diagnóstica. Por consiguiente, los principales objetivos de la colposcopia son: identificar y confirmar la presencia de lesiones premalignas, describir su topografía (afectación ectocervical, endocervical o mixta), conocer la extensión, descartar la invasión, y planificar el tratamiento con respecto a las características lesionales²¹.

Es de suma relevancia el realizar una colposcopia y biopsia en pacientes sintomáticas, o mujeres con citología sugestiva de invasión sin lesiones visibles. Una biopsia de cono es

obligatoria si existe una sospecha de malignidad, ya sea clínicamente o en la citología cervical, pero no se confirma en la revisión histopatológica de las biopsias cervicales²³.

2.10.3 Biopsia dirigida

La biopsia dirigida por medio del examen colposcópico es el único método que logra una confirmación diagnóstica, y es primordial a la hora de planificar el tratamiento. La biopsia puede obtenerse del ectocérvix con una pinza cervical en sacabocados, o mediante escisión con asa pequeña de diatermia, o del endocérvix por medio de una legrada fenestrada endocervical²¹.

Se analiza que la biopsia cervical dirigida con pinza sacabocados es la técnica más ejecutada, debido a su sencillez, y se considera un estándar de oro en la confirmación diagnóstica, así como una relevante prueba a la hora de planificar el tratamiento²¹.

2.10.4 Exploración física

Se observa que la mayoría de las mujeres con cáncer de cérvix, al momento del examen físico general, van a presentar resultados normales. No obstante, en los casos de enfermedad avanzada, el crecimiento de ganglios supraclaviculares o inguinales, edema de extremidades inferiores, ascitis o disminución de ruidos respiratorios en la auscultación pulmonar podrían señalar metástasis. Como se mencionaba anteriormente, en casos de cáncer cervicouterino avanzado, puede existir un compromiso vaginal y la extensión de la enfermedad se logra identificar en un examen rectovaginal. En dichos casos, se observa que la palpación del tabique rectovaginal entre los dedos índice y medio de la mano del examinador demuestra un tabique grueso, duro e irregular. Es importante mencionar, que la parte proximal de la pared vaginal posterior es la que frecuentemente se invade. De igual manera, durante el examen rectal digital pueden palparse el compromiso parametrial, uterosacro y parietal lateral de la pelvis. Es relevante mencionar que es posible que se invadan uno o ambos parametrios; los tejidos afectados se pueden sentir gruesos, irregulares, firmes y menos móviles. Una masa fija indica la probabilidad de que el tumor se haya extendido a las paredes laterales de la pelvis²⁰.

Es de gran relevancia que, en las pacientes con sospecha de cáncer cervicouterino, debe realizarse una exploración minuciosa de los genitales externos y la vagina, con el fin de buscar lesiones concomitantes²⁰.

En el examen con espejo, es posible que el cuello uterino tenga un aspecto normal a simple vista, si el cáncer es microinvasor. Asimismo, la enfermedad visible tiene una apariencia variable. Es posible que las lesiones se observen como crecimientos exofítico o endofítico, o que se presente una masa polipoide, tejido papilar, o que el cuello uterino tenga una forma de barril, una ulceración cervical o una masa glandular, o hasta tejido necrótico. Del mismo modo, puede haber secreción acuosa, purulenta o sanguinolenta. Por dichas razones, el cáncer cervicouterino puede asemejar la apariencia de diversas enfermedades que incluyen leiomioma, pólipo cervical, sarcoma o leiomioma uterino prolapsado, vaginitis, eversión del cuello uterino, chancro, placenta previa, amenaza de aborto, embarazo cervical, condiloma acuminado, úlcera herpética y cervicitis²⁰.

Durante la exploración bimanual, el médico puede lograr una palpación al útero crecido, debido a la invasión y crecimiento tumorales. Otra opción es que haya hematómetra; esto puede producir una expansión de la cavidad endometrial, y obstrucción a la salida de líquido por un cáncer cervicouterino primario. En dicho caso, se palpa el útero aumentado. Finalmente, en los casos de cáncer cervicouterino avanzado, puede presentarse un compromiso vaginal, y la extensión respectiva de la patología se observa en el examen rectovaginal. En el caso mencionado anteriormente, en el momento de la palpación del tabique rectovaginal entre los dedos índice y medio de la mano del examinador, se descubre una sensación de un tabique grueso, duro e irregular²⁰.

2.11 Tamizaje y modalidades

Los distintos métodos de tamizaje siguen siendo primordiales a la hora de una identificación precoz de las lesiones premalignas. Según Solano et al.²⁴, dentro de las estrategias de tamizaje se encuentran las siguientes tres opciones:

1. Citología cervical o Papanicolaou.
2. Prueba conjunta Papanicolaou y VPH.
3. Prueba de VPH, con el fin de examinar la presencia de uno o más de los 13 o 14 tipos de alto riesgo. Aprobadas por la FDA, se encuentran la prueba de Cobas de Roche y el examen de Digene Hybrid Capture 2.

Seguidamente, es relevante conocer que el propósito de cada una de las estrategias es conseguir identificar lesiones precancerosas en estadios tempranos, antes de su progresión a cáncer de cérvix. La citología por medio de la técnica de Papanicolaou aporta, de manera significativa, en

la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, en más de un 75 %, en poblaciones donde esta se usa de manera continua y sistemática. Sin embargo, en algunos países de Latinoamérica, aunque la citología se ubica al alcance de la población de manera gratuita en los servicios públicos de salud, no se identifica una disminución real de la mortalidad por cáncer cervicouterino, de modo que se ha constituido que el éxito de esta citología radica no en la sensibilidad, sino en una repetición periódica de la misma²⁴.

Por lo tanto, el diagnóstico citológico tiene énfasis en la técnica de Papanicolaou y Traut (1941): esta presenta las propiedades de las células de epitelio del cuello uterino, y las cualidades nucleares y citoplasmáticas. También, contribuye a un diagnóstico de las lesiones inespecíficas, específicas infecciosas por Tricomonas, Clamidia, Herpes Virus, VPH, entre otras, así como las neoplasias intraepiteliales cervicales en sus distintos grados²⁰.

2.11.1 Autotoma

Inicialmente, es relevante tener en cuenta que es reconocido el gran alcance que posee la prueba del virus del papiloma humano (VPH) en la prevención del cáncer de cérvix, así como su potencial para disminuir algunas de las barreras de acceso al tamizaje, por medio de su modalidad de autotoma (AT-VPH). La AT-VPH ha comprobado poseer un excelente desempeño en la detección de lesiones premalignas, una alta aceptabilidad por parte de las mujeres y efectividad para aumentar la cobertura de los programas de prevención²⁵.

Es sumamente importante conocer acerca de la autotoma del VPH; es un método de tamizaje efectuado por la misma usuaria desde su propia vivienda, al obtener un kit especializado donde se recibe una muestra cervical o vaginal para concluir si se encuentra la presencia del virus. Por consiguiente, los materiales del kit para la autotoma contienen el cepillo, el tubo colector, una guía instructiva, información acerca de los posibles resultados que se adquieren, fichas de solicitud de tamizaje al laboratorio, marcadores de identificación para el tubo colector, carné que aporta un registro de la prueba efectuada y un documento sobre la prevención del cáncer cervicouterino. La primordial diferencia de este método con respecto a la técnica convencional se debe a que en la autotoma no requiere colocación de espéculo para conseguir la muestra²⁶.

Al momento de realizar la toma de muestra, la paciente debe colocarse en una posición cómoda, ya sea en cuclillas o donde las rodillas se flexionen y los glúteos descendan a nivel de los talones. La usuaria debe iniciar a introducir el cepillo de 7 a 10 centímetros por medio de la

vagina hasta el orificio cervical, para desempeñar tres giros de 360° de 10 a 30 segundos aproximadamente; seguidamente, se ubica la muestra dentro del tubo colector y se sella, para ser entregado al respectivo establecimiento de salud de la paciente. No obstante, se han descrito diversas técnicas para el momento de recolectar la muestra, que varían de acuerdo con el kit que se ha utilizado²⁶.

La autotoma presenta distintas ventajas; una de ellas es que presenta una mayor aceptabilidad y participación en el tamizaje de las usuarias. Además, las pacientes refieren menos dolor, vergüenza y mayor comodidad en la posición de la toma de la muestra, en comparación con programas que no conllevan la autotoma²⁶.

Seguidamente, otro tema importante acerca de la autotoma de muestra para la detección del VPH es que proporciona una mayor cobertura del tamizaje para cáncer cervicouterino, debido a que aumenta la participación de las mujeres, concede un acceso con mayor facilidad y reduce la cantidad de consultas en los servicios de salud y sus respectivas barreras geográficas²⁶.

Finalmente, se determinaron, como primordiales factores socioculturales que perjudican el tamizaje de cáncer de cérvix, la vergüenza en el examen ginecológico, la falta de aprobación por parte de la pareja, el temor al cáncer, así como la falta de información acerca de la enfermedad y su tamizaje²⁶.

2.12 Factores de riesgo

Inicialmente, se localizan algunos factores de riesgo clínicos, que se encuentran sólidamente establecidos, como la inmunosupresión o el tabaco. Del mismo modo, algunos parámetros sexuales, como la edad de inicio de las relaciones o el número de parejas sexuales. Se menciona que el tabaco presenta una relación con el carcinoma escamoso, pero no con el adenocarcinoma; asimismo, el cese del hábito tabáquico implica una disminución del riesgo de cáncer de cérvix. Otros factores comprenden haber padecido infecciones de transmisión sexual o lesiones intraepiteliales vinculadas con la infección por VPH²².

Además, se ha relacionado con el consumo de anticonceptivos orales combinados (AOC), pese a que el grado de incremento de riesgo de los AOC con el cáncer de cérvix genera cierta controversia, así como del mismo modo eleva el riesgo de adenocarcinoma frente a la variedad escamosa. Desde el punto de vista biológico, se encuentra extensamente documentado que el

principal factor de riesgo se basa en la persistencia de la infección por ciertos tipos de VPH, lo que influye en el mayor riesgo de desarrollar una lesión premaligna²².

De modo que la paridad y el uso de AOC presentan una relación relevante con cáncer de cuello uterino. Los estudios acumularon diversos datos de casos y testigos, estos orientaron en que la paridad elevada aumenta el riesgo de desarrollar la mencionada neoplasia maligna. Detalladamente, las usuarias que presentan un antecedente de siete embarazos de término tienen un riesgo casi cuatro veces más alto, y aquellas con uno o dos tienen un riesgo dos veces mayor que las nulíparas. También, se menciona que el uso prolongado de AOC pudiera ser un cofactor. Establece una relación positiva significativa entre una proporción sérica baja de estradiol y progesterona, con una menor supervivencia general de cáncer cervicouterino en pacientes premenopáusicas²⁰.

2.12.1 Edad

Alrededor del tiempo, se menciona que la mayoría de los casos se diagnostican entre los 40 y los 50 años. De modo que las pacientes más mayores suelen presentar estadios más avanzados del cáncer cervicouterino. Cabe resaltar que un porcentaje significativo de casos se observa en pacientes relativamente jóvenes, lo que genera realizar retos terapéuticos específicos²².

2.12.2 Actividad sexual

Se encuentra demostrado que el aumento en el número de parejas sexuales y la edad temprana al momento de la primera relación sexual amplían el riesgo de cáncer de cérvix. Por lo tanto, una presencia de más de seis parejas sexuales en toda la vida genera una elevación considerable en el riesgo relativo de la mencionada enfermedad. Por ende, el primer acto sexual antes de los 20 años atribuye un riesgo adicional de desarrollar cáncer cervicouterino, mientras que el inicio de relaciones sexuales posterior a los 21 años solo evidencia una tendencia hacia el aumento en el riesgo²⁰.

2.13 Prevención

Es importante tener en cuenta que la prevención primaria se enfoca en la administración de las vacunas contra el VPH; además, la prevención secundaria se basa en la detección y tratamiento de las lesiones precursoras antes de que se produzca una evolución a un cáncer²².

2.13.1 Prevención primaria

Es sumamente relevante mencionar que, desde el año 2006, la prevención primaria del cáncer cervicouterino se volvió una realidad, después de numerosos ensayos clínicos con dos vacunas profilácticas (VPH-16/18 o bivalente y VPH-6/11/16/18 o tetravalente); estas evidenciaron su eficacia en la prevención de infecciones cervicales incidentes, transitorias y persistentes provocadas por los VPH 16 y 18, del mismo modo, también para las alteraciones citológicas y las lesiones cervicales premalignas relacionadas con los mencionados virus. Recientemente, se ha observado que se comercializó una nueva vacuna nonavalente que, adicional a los tipos virales de la tetravalente, incluye los tipos 31, 33, 45, 52 y 58. Las mencionadas vacunas se autorizaron en más de 120 países, y la mayoría de estos países las han incorporado en los programas de vacunación sistemática, en preadolescentes y adolescentes²¹.

2.13.2 Fundamento de las vacunas

Las vacunas profilácticas emplean como agentes inmunógenos los antígenos de la cápside viral, debido a que estos son accesibles a la respuesta típica de anticuerpos neutralizantes, conocida como respuesta humoral. A través de sistemas de recombinación, efectuando células eucariotas a las que se les ha introducido un fragmento de ADN, se empiezan a sintetizar proteínas del antígeno mayor de la cápside L1, que disponen de la capacidad intrínseca de autoensamblaje, produciendo partículas semejantes a virus o seudovíricas, conocidas como VLP (Virus Like Particles). Las VLP están privadas de ADN, por lo que carecen de capacidad infectiva; en consecuencia, son antigénicamente similares a los viriones e introducen una potente respuesta humoral, con producción de anticuerpos neutralizantes²¹.

De acuerdo con Torné²¹, n actualmente se dispone de tres vacunas frente al VPH:

Tabla 3. Información acerca de las tres vacunas contra el Virus de Papiloma Humano

Vacuna VPH-16/18 o bivalente	Vacuna VPH-6/11/16/18, o tetravalente	Nonavalente
Se usa como adyuvante el AS04.	Coadyuvada con hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo.	La última vacuna comercializada contiene VLP de los genotipos 16, 18, 6 y 11, 31, 33, 45, 52 y 58.

Incluye MPL (lipopolisacárido detoxificado de la Salmonella Minnesota), absorbido en hidróxido de aluminio hidratado, y contiene Virus Like Particles (VLP) de los tipos 16 (20 µg) y 18 (20 µg).	Abarcan VLP de los tipos 6 (20 µg), 11 (40 µg), 16 (40 µg) y 18 (20 µg) del VPH.	Responsables de un 20% adicional de casos de cáncer de cuello de útero, alcanzando un potencial preventivo total para la neoplasia citada del 90%.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración con base en la referencia bibliográfica ²¹.

2.13.3 Inmunogenicidad

En la actualidad, se ha comprobado que las tres vacunas disponibles presentan una elevada inmunogenicidad con títulos de anticuerpos 40 a 100 veces superiores a los inducidos por la infección natural tras la tercera dosis²¹.

2.13.4 Eficacia vacunal

Inicialmente, se observa que la eficacia de las vacunas frente al VPH consiste en la inducción de elevados títulos de anticuerpos neutralizantes en plasma, que logran alcanzar las mucosas por exudación y, así, producen un bloqueo de los VPH, imposibilitando la infección de las células nucleadas de la membrana basal²¹.

Por consiguiente, la eficacia de la vacuna tetravalente en la población por protocolo (tres dosis, sin desviaciones del protocolo), frente a una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL), o neoplasia intraepitelial cervical (CIN) 2 y 3, adenocarcinoma in situ, neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) 2 y 3, neoplasia vaginal intraepitelial (VaIN) 2 y 3, CIN 1 y condilomas en genitales externos, es superior al 95 %. Seguidamente, se obtiene que la vacuna bivalente plantea una elevada eficacia (> 98 %) frente a lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) y CIN 2+ en mujeres, con base en el protocolo. Finalmente, debido a los estudios, se presenta que, definitivamente, las vacunas contra el VPH hoy por hoy disponibles han demostrado una elevada eficacia profiláctica (> 95 %, en especial mujeres no expuestas) frente a HSIL/CIN 2+; además frente a lesiones premalignas de la vagina, vulva y ano, de igual manera a las verrugas genitales, tanto en mujeres como hombres²¹.

2.13.5 Prevención secundaria

Cabe recordar que la prevención secundaria se basa en la detección y el tratamiento de lesiones premalignas. Asimismo, se menciona que la prueba de Papanicolaou fue el examen de detección cervical original. De igual modo, se realizaron cuatro ensayos controlados aleatorios europeos, y se reportó que el cribado enfocado en el VPH brindó una mayor protección contra el cáncer de cuello uterino. Por consiguiente, el cribado basado en el VPH fue más eficiente para la detección de precánceres de cuello uterino, en comparación con la citología²³.

2.14 Tratamiento

2.14.1 Enfermedad primaria en etapa temprana

Etapa IA

Primeramente, el término cáncer cervicouterino microinvasor se establece en el subgrupo de tumores pequeños. Además, estos tumores no se identifican fácilmente a primera vista. Es relevante tener claro que los criterios para los tumores IA limitan una profundidad de invasión no mayor de 5mm y una extensión lateral no más de 7mm. Cabe destacar que el cáncer de cérvix microinvasor implica una probabilidad menor de compromiso ganglionar y un buen pronóstico después del tratamiento²⁰.

De igual modo, los tumores en etapa IA se subdividen en IA1 y IA2. Esta subdivisión refleja la mayor profundidad y anchura de invasión, y los riesgos elevados de compromiso ganglionar²⁰.

Etapa IA1

Es relevante que la evidencia promueve el tratamiento conservador del cáncer epidermoide en etapa IA1, si no presenta una invasión del espacio vascular y linfático. En las mencionadas lesiones, es eficaz el tratamiento con conización cervical sola. No obstante, es preferible una histerectomía total intrafascial (histerectomía tipo I) por vía abdominal, vaginal o laparoscópica en pacientes que ya no tienen deseo genésico²⁰.

En las mujeres que desean conservar la fertilidad, se puede realizar una traquelectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos²⁰.

Etapa IA2

Es relevante que en este grupo de mujeres aún no se demuestra la seguridad del tratamiento conservador. Por consiguiente, para este grado de invasión es habitual la histerectomía radical (histerectomía tipo III) con linfadenectomía pélvica²⁰.

Asimismo, se observa que unos cuantos autores reportan el tratamiento de lesiones cervicouterinas epidermoides en etapa IA2 con traquelectomía y linfadenectomía, para lograr conservar la fertilidad. Cabe mencionar que esta técnica es favorable, presenta una curva de aprendizaje, pero se necesitan más estudios para verificar su eficacia²⁰.

Diversos estudios también fomentan la colocación de un cerclaje no absorbible al momento de la traquelectomía radical, para aumentar la suficiencia cervicouterina durante el embarazo. Los mencionados procedimientos tienen altos índices de curación, y hay informes de embarazos exitosos²⁰.

En relación con Hoffman et al.²⁰, se presenta el siguiente resumen, acerca del tratamiento general del carcinoma cervicouterino invasor primario:

Tabla 4. *Tratamiento general del carcinoma cervicouterino invasor primario con su respectivo estadio*

Estadios del cáncer	Tratamiento
IA1	De preferencia la histerectomía simple, si la paciente concluyó su vida reproductiva o conización cervical.
IA1 con invasión del espacio vascular y linfático	Histerectomía radical modificada y linfadenectomía pélvica, o traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica en las pacientes que gustan conservar la fertilidad.
IA2	Histerectomía radical y linfadenopatía pélvica, o traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica en las mujeres que quieren conservar la fertilidad.
IB1 Algunas IB2	Histerectomía radical y linfadenopatía pélvica, o traquelectomía radical y linfadenopatía

IIA1	pélvica, para las mujeres que desean conservar la fertilidad, o quimiorradioterapia.
Voluminosos IB2 IIA2	Quimiorradioterapia.
IIB a IVA	Quimiorradioterapia o exenteración pélvica en raras situaciones.
IVB	Quimioterapia y/o radioterapia paliativa. Tratamiento paliativo (cuidados para pacientes desahuciados).

Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ²⁰.

Es sumamente relevante tener presente que, en cada paciente, las recomendaciones terapéuticas presentaran variaciones según las circunstancias clínicas²⁰.

2.14.2 Histerectomía

Las pacientes con un cáncer cervicouterino, en estadios IA2 a IIA de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), pueden iniciar el proceso para someterse a una histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos, y con o sin disección de los ganglios linfáticos paraaórticos. Cabe mencionar que la operación es adecuada para las mujeres que se encuentren físicamente competentes para soportar un procedimiento quirúrgico enérgico; también las que anhelan prevenir los efectos de la radioterapia a largo plazo y las que poseen contraindicaciones para radiación pélvica. Usualmente, se observa que las pacientes elegibles son jóvenes que ansían conservar los ovarios y una vagina funcional, no sometida a radiación²⁰.

- Histerectomía simple (tipo I): la histerectomía tipo I, del mismo modo nombrada como histerectomía extrafascial o histerectomía simple, presenta la característica en la cual elimina el útero y cuello uterino, pero no necesita escisión del parametrio o paracolpio. Es oportuno para alteraciones ginecológicas benignas, enfermedad cervicouterina preinvasora y cáncer cervicouterino en etapa IA1²⁰.
- Histerectomía radical modificada (tipo II): se menciona que la histerectomía radical modificada va a enfocarse en eliminar el cuello uterino, la parte proximal de la vagina, y tejido parametrial y paracervical²⁰.

- Histerectomía radical (tipo III): en el mencionado tipo de histerectomía, la resección del parametrio es más extensa, debido a que se abren los espacios paravesical y pararrectal. Por lo tanto, las arterias uterinas se ligan en su origen, partiendo de las arterias ilíacas internas, y se reseca el tejido que se ubica medial al origen de las arterias uterinas²⁰.

2.14.3 Traquelectomía radical

La mencionada técnica conforma una opción quirúrgica para preservar la fertilidad en ciertas pacientes jóvenes con cáncer cervicouterino. Además, los estadios de cáncer que son factibles para realizar una traquelectomía radical son similares a los de la histerectomía radical²⁰.

Generalmente, la traquelectomía radical se lleva a cabo por vía vaginal, aunque también existe una técnica abdominal. La técnica abdominal logra realizar una resección más grande de los parametrios, y es la adecuada para las mujeres con tumores grandes (>2 cm). Asimismo, se abren los espacios paravesical y pararrectal. Cabe mencionar que, de una manera semejante a la histerectomía radical, también los vasos uterinos se ligan en su origen²⁰.

La traquelectomía, ya sea en sus versiones simple o radical, puede ser una alternativa a la histerectomía en tumores de pequeño volumen (generalmente menores de 2cm), ubicados lejos del orificio cervical interno, en mujeres que plantean un deseo genésico²².

2.14.4 Enfermedad primaria en etapa avanzada

- Etapas IIB a IVA: se presenta que los cánceres de cérvix, cuando se encuentran en una etapa avanzada, rebasan los límites del cuello uterino y frecuentemente afectan a los órganos adyacentes y ganglios linfáticos retroperitoneales. Por consiguiente, el tratamiento para estos tumores debe individualizarse, para optimizar el pronóstico de la paciente²⁰.
- Etapa IVB: las mujeres con enfermedad en etapa IVB presentan un mal pronóstico, y el tratamiento se enfocará en intención paliativa. Se administra radiación pélvica para un control de la hemorragia vaginal y el dolor de la paciente. La quimioterapia sistémica se brinda para reducir los síntomas y extender más la supervivencia²⁰.

2.14.5 Radioterapia

La modalidad mencionada es primordial para el tratamiento del cáncer cervicouterino en etapa avanzada. Habitualmente, se aplican tanto radiación de haz externo como braquiterapia. Si en la evaluación se encuentran metástasis ganglionares paraaórticas durante la estadificación,

puede agregarse radiación de campo ampliado para el tratamiento de los ganglios linfáticos afectados²⁰.

La braquiterapia se basa en la aplicación de fuentes de radiación cercanas al tumor. Para lograr este objetivo, pueden efectuarse cavidades naturales (radiación intracavitaria), o se implanta en el interior del tumor (intersticial)²².

2.14.6 Quimiorradiación

Se ha observado que la evidencia más actualizada señala que la quimioterapia, administrada al mismo tiempo que la radioterapia, mejora significativamente la supervivencia tanto global como libre de enfermedad de las pacientes con carcinoma de cérvix. La quimioterapia se relaciona con una mejor supervivencia que la radioterapia pélvica y la radiación de la región paraaórtica de campo amplio en solitario²⁰.

2.15 Cáncer de cérvix y embarazo

Alrededor de los años, la incidencia del cáncer de cuello uterino en el embarazo ha disminuido en diversas áreas geográficas. Del mismo modo, la clínica del mencionado cáncer es similar si la paciente no estuviera embarazada, se presenta que el síntoma más anticipado en la gestante es la metrorragia. Es primordial, en estos casos, ejercer el examen con colposcopio y biopsia dirigida en las zonas atípicas colposcópicas²².

Seguidamente, el tratamiento depende principalmente de dos factores: el momento de la gestación, en que se concluye el diagnóstico, y el respectivo estadio de la enfermedad en la paciente²².

Por lo tanto, si el cáncer se diagnostica en el transcurso de los primeros meses de embarazo (para algunos autores el límite es la semana 20-22), debe establecerse el tratamiento sin tardanza, con cirugía o radioterapia, dependiendo ante todo del estadio de la enfermedad²².

Pero, si se presenta un diagnóstico al final del segundo trimestre o al comienzo del tercero, y la patología se encuentra en un estadio relativamente precoz, es prudente posponer la terminación del embarazo unas semanas (de dos a diez), ejecutando un tratamiento de maduración fetal y, posteriormente, evacuar el útero a través de cesárea, y practicar histerectomía radical tipo Wertheim-Meigs²².

2.16 Tasa de supervivencia del cáncer de cérvix

De acuerdo con los datos comunicados por el Annual report, volumen 27, se presenta que la supervivencia global a los 5 años se ubica por encima del 75 % hasta el estadio IB incluido (superior al 90 % hasta IB1), pero decae por debajo del 40 % para el estadio III. No obstante, los mencionados datos son previos a la incorporación de la estadificación ganglionar a la estadificación FIGO. De modo global, se observa que la supervivencia a los cinco años fue del 69,9 % (sobre 11.775 casos)²².

De acuerdo con Fusté et al.²², la supervivencia de pacientes con cáncer cervicouterino a los cinco años, según datos del Annual report, vol. 27 (pacientes que fueron tratadas en 1999-2001) fue la siguiente: estadio IA1 una supervivencia de 97,5 %, estadio IA2 de 94,8 %, estadio IB1 de 89,1 %, estadio IB2 de 75,7 %, estadio IIA de 73,4 %, estadio IIB 65,8 %, estadio IIIA de 39,7 %, estadio IIIB de 41,5 %, estadio IVA de 22 % y estadio IVB 9,3 %, respectivamente.

La invasión de los ganglios linfáticos es un crucial factor pronóstico de primer orden; se encuentra reconocido desde siempre. Con base en los datos recogidos en el volumen 27 del Annual report, la supervivencia a los cinco años en las mujeres que presentaban ganglios negativos fue del 92,1 %; por el contrario, cuando los ganglios fueron positivos, la supervivencia fue del 64,1 %²².

2.17 Pronóstico del cáncer de cérvix

Seguidamente, es relevante conocer acerca de la ubicación de la afectación ganglionar (ganglios primitivos, poseen un peor pronóstico que parametriales; ganglios paraaórticos, presentan un peor pronóstico que pélvicos) y el número de ganglios afectados (más de dos ganglios, un peor pronóstico), que incluso modulan el pronóstico ganglionar²².

Otras circunstancias, como el volumen del tumor primario, la profundidad de penetración de la invasión en el estroma y la presencia de invasión en los parametrios, se definen como factores pronósticos perjudiciales independientes, que han sido apartados en la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia²².

De igual manera, se considera que el carcinoma de células pequeñas, o también conocido como carcinoma neuroendocrino, tiene un peor pronóstico que el resto de las variedades histológicas²².

2.18 Riesgo de recurrencia

Inicialmente, para las mujeres sujetas a una cirugía radical por un cáncer de cérvix en etapa incipiente, el Grupo de Oncología Ginecológica (GOG) ha determinado una serie de factores de riesgo, que colaboran a identificar a las mujeres con probabilidades de padecer recurrencias. Por consiguiente, se presenta el riesgo intermedio, el cual representa a las pacientes que en promedio tendrían un riesgo de 30 % de recurrencia cancerosa en tres años. Los factores integrados en este modelo son la profundidad de invasión tumoral, el diámetro tumoral y la invasión del espacio linfático y vascular. Se hizo un estudio, con asignación al azar, de pacientes que recibieron radiación pélvica después de histerectomía radical o histerectomía radical y observación, y se descubrió un riesgo casi 50 % menor de recurrencia en el grupo que aceptó una radioterapia posoperatoria adyuvante. Es relevante señalar que, en la práctica de los autores, las pacientes de riesgo intermedio deben ser asesoradas en relación con el riesgo de recurrencia, y se les brinda la opción de quimiorradiación adyuvante²⁰.

Finalmente, se menciona una categoría de alto riesgo entre las pacientes que se someten a cirugía radical para cáncer cervicouterino en etapa temprana. Un riesgo alto se va a determinar como un riesgo de recurrencia de 50 a 70 % en los siguientes cinco años. Las pacientes van a presentar ganglios linfáticos positivos, márgenes quirúrgicos positivos o invasión microscópica de los parametrios. Es relevante siempre ofrecerle a este grupo una radioterapia adyuvante²⁰.

2.18.1 Vigilancia a sobrevivientes del cáncer de cérvix

Inicialmente, después de que las pacientes reciban radioterapia, deben examinarse de cerca para estimar su respuesta, debido a que en ciertos casos puede esperarse que los tumores regresen hasta por tres meses después de aplicado el tratamiento. Por medio del examen pélvico, estudio radiológico o ambos, se puede lograr documentar si se presenta una reducción progresiva de la masa cervicouterina; también se debe efectuar un examen rectovaginal, para detectar nodularidad en los ligamentos y parametrios. Si hay avance local de la enfermedad después de este intervalo, se contempla la cirugía²⁰.

Es relevante que, en cada consulta, a la cual asiste la paciente, además de una exploración pélvica, se buscan en forma manual ganglios linfáticos que comprenden los del cuello, supraclaviculares, infraclaviculares, axilares e inguinales. Es idóneo llevar a cabo un frotis de

Papanicolaou del cuello uterino o del muñón vaginal cada tres meses por dos años, luego cada seis meses por tres años²⁰.

Asimismo, si se presentan hallazgos de lesión intraepitelial escamosa de baja o alta malignidad, impulsan a una valoración colposcópica. Si se encuentra una lesión de alta malignidad o cáncer en la biopsia cervicouterina, es conveniente realizar una tomografía computarizada, para la valoración de recurrencia neoplásica. Una vez finalizada la radioterapia, las pacientes deben iniciar el uso de un dilatador vaginal o tener sexo vaginal tres veces por semana, debido a que esto colabora a mantener una vagina permeable, ayuda a la exploración pélvica, a la toma de las citologías vaginales futuras, y asegura que la paciente preserve su actividad sexual si lo desea. Cabe aclarar: la radiación puede generar fibrosis vaginal, que presenta un resultado de una vagina corta y no funcional²⁰.

2.18.2 Sustitución hormonal después de la radioterapia o cirugía

El cáncer de cérvix no presenta contraindicaciones para la terapia hormonal de reemplazo. Se observa que, en las mujeres, quienes han padecido el mencionado cáncer, es factible el uso de hormonoterapia para el tratamiento de los síntomas de la menopausia, siempre teniendo en consideración los riesgos y beneficios²⁰.

2.19 Atención paliativa

La quimioterapia paliativa se establece solo si no ocasiona un deterioro considerable en la calidad de vida de la paciente. Al momento de tomar cualquier decisión terapéutica para cáncer de cérvix, en caso de atención paliativa, debe evaluarse contra los beneficios de la atención de apoyo. Es primordial comentar que la base del tratamiento paliativo es el control del dolor, y en él se muestra una lista amplia de analgésicos²⁰.

Las mujeres que padecen cáncer de cérvix presentan un dolor sumamente intensificado, que se debe valorar en cada consulta; abundantes pacientes necesitan narcóticos. En el caso de las mujeres que han usado opiáceos y se hospitalizan por un dolor desmesurado, se debe considerar la posibilidad de administrar analgesia regulada por las mismas pacientes; en estos casos el tratamiento se individualiza²⁰.

2.20 Epidemiología

En el 2018, aproximadamente se diagnosticaron 569 847 casos nuevos de cáncer cervicouterino, y ocasionaron 311 365 muertes alrededor del mundo, debido a esta neoplasia maligna, pero la incidencia y la mortalidad varían extensamente de acuerdo con la ubicación geográfica. En los países de ingresos elevados, se observa que la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido en más de la mitad en los últimos 30 años, desde la introducción de programas formales y conductas educativas para la detección. Un estudio de tendencias globales en 38 países, en cinco continentes, mostró un descenso significativo en las tasas de incidencia estandarizadas por edad, en los países de ingresos más altos analizados. Sin embargo, estas tasas se elevaron o estabilizaron en los entornos de menores recursos incluidos en el estudio. De igual modo, es sumamente interesante que se han analizado disminuciones en la incidencia de cáncer de cérvix en los países de ingresos bajos y medianos, cuando se ha ejecutado una detección oportuna²³.

En África y América Latina, el cáncer cervicouterino es la primordial causa de mortalidad específica por cáncer en las mujeres. Los riesgos por el resto de la vida de desarrollar cáncer de cuello uterino fueron del 0,9 % para las mujeres en países de ingresos altos y del 1,6 % en los países de bajos y medianos ingresos. También, los riesgos de muerte por cáncer de cuello uterino fueron del 0,3 % para las mujeres en países de ingresos altos y 0,9 % en países de bajos y medianos ingresos²³.

2.21 Niveles del sistema de atención de salud

1. Nivel de la comunidad: el respectivo nivel constituye a individuos y organizaciones, organizaciones comunitarias no gubernamentales de carácter religioso y de otra índole, y servicios de cuidados paliativos que se encuentran presentes en la comunidad y en el hogar²⁷.
2. Centro de salud: es un nivel de atención primaria. Asimismo, como centro de salud de atención primaria, va a contener personal capacitado y horas laborales regulares. Puede brindar servicios de maternidad y servicios mínimos de laboratorio²⁷.
3. Hospital de distrito: es un nivel de atención secundaria. Habitualmente, un hospital de este nivel ofrece servicios generales de medicina, pediatría y maternidad, cirugía general,

atención en régimen de internación y en régimen ambulatorio, y atención especializada en diversas áreas específicas²⁷.

4. Hospital central o de referencia: es un nivel de atención terciaria. Los hospitales de atención terciaria ceden a casos complicados y les brindan, a pacientes gravemente enfermos, una atención especializada que abarcan operaciones quirúrgicas, radioterapia, múltiples servicios de atención en régimen ambulatorio y en régimen de internación²⁷.

2.22 Prevención internacional

El cáncer de cérvix es una de las principales razones de fallecimiento por cáncer en la mayoría de los países con recursos limitados o en desarrollo. No obstante, se trata de una enfermedad que se puede evitar, tratar y posiblemente curar, mediante acciones de organización y detección temprana²⁸.

La zona del Caribe ha presentado la mayor tasa de contagio por el virus del papiloma en sus diversas variantes desde el 2010, siendo la promiscuidad y las prácticas sexuales sin protección los factores que contribuyen a su aumento y continua propagación. Desde la implementación del Programa Nacional para la Detección Temprana del Cáncer Cervicouterino, Cuba ha logrado una significativa reducción en la tasa de mortalidad por esta causa en los primeros 20 años, y ha mantenido una estabilidad en dicha tasa posteriormente, hasta la fecha actual. Estos logros respaldan la eficacia de los programas de detección temprana como la mejor estrategia para reducir la incidencia de esta enfermedad. En la actualidad, el método más recomendado para la detección del virus, y para evaluar la futura evolución de la paciente, es el cribado basado en la detección del estado del virus del papiloma humano (VPH)²⁸.

En la Conferencia Internacional de progresos y contradicciones en ginecología oncológica, de enero de 2017, en Barcelona, se puso de manifiesto que tras 110 años de investigación y dos décadas desde la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), los resultados son alentadores. De acuerdo con Medina et al.²⁸, unos individuos llevaron a cabo una revisión sistemática sobre la vacunación contra el VPH, donde se encuentra suficiente evidencia (tras analizar numerosos ensayos clínicos y su implementación en 64 países, cuatro regiones y doce territorios), que respalda que la inmunidad generada por la vacuna proporciona una sólida protección contra el VPH en pacientes de al menos hasta los 55 años²⁸.

Además de proteger contra la aparición de varios tipos de cáncer relacionados con el virus en ambos sexos, la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) también influye en la extensión de los intervalos de detección. En mayo de 2016, la Sociedad Americana de Oncología Clínica y un año después, en la misma fecha, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron sus posturas y recomendaciones sobre la vacunación, para prevenir los cánceres asociados al VPH. Estas publicaciones sintetizan la mejor evidencia disponible, tras revisar todos los datos recopilados en los últimos 50 años sobre la patología, incluyendo revisiones sistemáticas, directrices de las principales sociedades internacionales y análisis de costo-efectividad. Estas publicaciones respaldan las normas principales sobre la inmunización contra el VPH, de los principales centros de control de enfermedades transmisibles de prestigio internacional, como Canadá, Estados Unidos de América, Alemania y Australia. Es evidente que los avances significativos se han logrado en el ámbito de la prevención, pero surgen preguntas sobre el rumbo de la investigación en el tratamiento de pacientes con enfermedad avanzada, metastásica o recurrente. Las nuevas estrategias terapéuticas se centran en las dianas moleculares, la inmunoterapia y la combinación de estas con tratamientos convencionales, como la quimiorradioterapia²⁸.

Sin embargo, surge nuevamente la cuestión de la economía en el tratamiento del cáncer. Las nuevas terapias, a pesar de sus beneficios, suelen tener costos elevados. En algunos países, a pesar de destinar presupuestos importantes a los sistemas de salud, no pueden acceder a estas terapias debido a su costo²⁸.

2.23 Prevención nacional

El estudio analizó las barreras que existen en la detección del cáncer de cuello uterino en Costa Rica, utilizando las categorías del modelo de Tanahashi. Conforme a la información encontrada en diversas fuentes, se observa que estas barreras están directamente relacionadas con las desigualdades en el desarrollo humano y en los niveles de vida. Por lo tanto, para reducir las tasas de incidencia, es fundamental abordar y disminuir las disparidades socioeconómicas, garantizar la disponibilidad de servicios de atención preventiva y mejorar la condición social de las mujeres².

En lo que respecta a la disponibilidad, según el modelo mencionado, se concluyó que las barreras están asociadas con la falta o insuficiencia de información sobre este tema, incluyendo la oferta de servicios en los centros de atención. Estos hallazgos subrayan la importancia de emprender acciones educativas, especialmente dirigidas a la población de bajos ingresos, para fomentar el conocimiento y la prevención de esta enfermedad, así como para brindar atención oportuna. Además, es necesario que estas acciones se implementen en programas de educación sexual en las escuelas secundarias. Según investigaciones como la mencionada, se ha detectado la carencia de materiales informativos. También, se ha informado sobre el impacto negativo de la ausencia de personal de salud capacitado en educación y promoción de la salud².

En relación con la accesibilidad, se identificaron obstáculos relacionados con el nivel socioeconómico (NSE) y la ubicación geográfica, particularmente en las áreas costeras. Estas zonas enfrentan desigualdades en el acceso a servicios educativos, de salud, Red nacional de cuidado y desarrollo infantil, agua potable, tecnologías de la información y oportunidades laborales, en comparación con otras partes del país².

Un estudio reciente reveló que la probabilidad de utilizar la atención primaria no estaba influenciada por el NSE, sino que estaba relacionada con visitas frecuentes al médico de atención primaria. Sin embargo, grupos con un mayor NSE tendían a visitar a especialistas con más frecuencia².

En cuanto a la aceptabilidad de los servicios, se encontraron barreras asociadas al nivel educativo y la subutilización del tamizaje. Existen pruebas suficientes, que indican que el nivel educativo representa un obstáculo para el tamizaje del cáncer de cuello uterino. Investigaciones recientes sugieren que la autoevaluación para el virus del papiloma humano (VPH) podría ser altamente efectiva para reducir las barreras en grupos de población con escasas oportunidades, ya que permite la participación en la detección sin prejuicios, independientemente del entorno cultural y religioso de la mujer².

Por último, es relevante mencionar que pocos estudios a nivel nacional han analizado las barreras para la prevención y atención del cáncer de cuello uterino. Esta enfermedad es una de las que evidencia más claramente la desigualdad, dado que con la tecnología actual es prevenible. En este sentido, la mayoría de las mujeres que fallecen se encuentran en una situación de

vulnerabilidad. Por estos motivos, es crucial fomentar la investigación para fundamentar decisiones basadas en la evidencia².

Dada la variabilidad en los estudios seleccionados, se realizó un análisis cualitativo para identificar las barreras de manera directa o a través de inferencias, según lo revelado en cada documento. Por lo tanto, se debe ejercer precaución al interpretar los resultados².

Costa Rica ha logrado avances significativos en la reducción de la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino, gracias a la implementación de políticas, programas y planes integrales a nivel multidisciplinario. Se ha demostrado que acceder a programas preventivos es fundamental para lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato. Es crucial que los programas de salud garanticen la calidad de las lecturas de citología, y faciliten el acceso al diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas¹⁹.

Es esencial fomentar una cultura de prevención en la sociedad, no solo como un objetivo de salud, sino también para promover el ejercicio de los derechos de las mujeres a la vida y la salud. Aunque a nivel latinoamericano se han implementado programas de prevención, aún existen desafíos extendidos en muchos países de América Latina y el Caribe que deben abordarse¹⁹.

2.24 Recomendaciones y guías médicas actuales contra el cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino afecta de manera desproporcionada a las comunidades con menos recursos, donde ocurre aproximadamente el 90 % de las muertes relacionadas con el cáncer cervical. Abordar el virus del papiloma humano, mediante la vacunación preventiva en adolescentes y la detección basada en el VPH en mujeres adultas de mediana edad, representa la estrategia más eficaz y rentable para reducir la carga global de cáncer de cuello uterino y reducir las disparidades de salud entre mujeres de recursos limitados y aquellas en entornos más acomodados. Lograr esto requerirá un compromiso tanto político como social, además de las inversiones financieras necesarias para aprovechar la oportunidad de lograr reducciones sustanciales en la carga global del cáncer de cuello uterino²⁹.

El cáncer de cuello uterino engloba una gama de factores que generan estigmatización, pero también hay aspectos favorables por considerar. En términos de estigma, se observa un temor al juicio y a la exclusión social, así como los sentimientos de culpa y vergüenza. En contraste, hay elementos positivos que actúan como facilitadores, como las normas sociales que promueven la

vacunación y la detección del VPH. La infección por el mencionado virus y el desarrollo del cáncer cervical pueden estar relacionados con un estigma, originado en la percepción de que ambos surgen de comportamientos imprudentes, como tener múltiples parejas sexuales o no someterse a pruebas de detección. Los estereotipos y los prejuicios se originan a partir de estas mismas conductas y están asociados a la infección por VPH y al cáncer de cuello uterino. Las experiencias de estigma relacionadas con la infección por dicho virus, el cáncer cervical y los resultados anormales en las pruebas de detección, involucran una alteración en la autoimagen motivada por la percepción o la anticipación del estigma, así como situaciones de discriminación. Es esencial fomentar influencias sociales positivas y reducir los impulsos que generan estigma, con el fin de crear entornos que promuevan la autoeficacia y el empoderamiento³⁰.

2.24.1 Guía de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud

Respectivamente, la OMS ha lanzado una guía actualizada, con el título de Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, para reemplazar la edición de 2006. Esta guía, también conocida como C4GEP en inglés, brinda una visión completa de un enfoque integral para la prevención y control del cáncer cervicouterino. Detalladamente, se presenta una descripción de estrategias adicionales, para abordar de manera integral la prevención y el control de esta enfermedad, enfatizando la relevancia de la colaboración entre distintos programas, organizaciones y colaboradores²⁷.

Al promover aún más la atención y la inversión en la salud femenina, la OMS, para fomentar la prevención del cáncer cervicouterino, se esfuerza por fortalecer los sistemas de salud en su totalidad y facilitar el desarrollo, evaluación y aplicación de tecnologías adecuadas, para hacer que la atención completa de la patología mencionada sea asequible y posible, en países con ingresos bajos y medios. Con los avances tecnológicos recientes, se abre la oportunidad de abordar el cáncer cervicouterino de manera más exhaustiva, brindando perspectivas de un futuro más saludable para niñas y mujeres. La amplia disponibilidad de diversos métodos de detección, como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y las pruebas de detección de virus del papiloma humano (VPH), junto con las nuevas vacunas contra el VPH, pueden contribuir a prevenir numerosos casos de cáncer cervicouterino²⁷.

Además, dado que la vacunación contra el VPH se administra a niñas de nueve a trece años, antes de que se vuelvan sexualmente activas, existe la oportunidad de implementar un enfoque integral de prevención y control del cáncer cervicouterino, que abarque todo el ciclo de vida, desde la infancia hasta la edad adulta, con recomendaciones de tamizaje a partir de los 30 hasta los 49 años²⁷.

El objetivo principal de la mencionada guía de la OMS es asistir a aquellos encargados de brindar servicios orientados, a reducir la carga del cáncer cervicouterino en mujeres, sus comunidades y sistemas de salud. Se enfoca en proporcionar conocimientos, mejores prácticas y habilidades de comunicación necesarias para los proveedores de atención médica que trabajan en la comunidad, así como en los niveles primario y secundario de atención, para garantizar la prestación de servicios de alta calidad en la prevención del cáncer cervicouterino, incluyendo tamizaje, tratamiento y cuidados paliativos, a incluir así un cuidado continuo y completo. Los cuatro niveles de atención que menciona la guía son: la comunidad, el centro de salud o nivel de atención primaria, el hospital de distrito o nivel de atención secundaria, y el hospital central o de referencia, o nivel de atención terciaria²⁷.

De acuerdo con las directrices de la Organización Panamericana de la Salud, enfatizan que los programas de prevención y control del cáncer de cuello uterino abarcan un conjunto organizado de acciones destinadas a prevenir y disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad. Estas acciones son parte integral de las iniciativas prioritarias establecidas en el Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) 2013-2020. No obstante, se identifican marcadas desigualdades en el acceso a servicios efectivos de detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino. Por lo tanto, un programa integral debe englobar estrategias de prevención en distintos niveles (primario, secundario y terciario, incluido el tratamiento), así como asegurar el acceso a cuidados paliativos. Además, los servicios de tamizaje deben vincularse al tratamiento y al seguimiento postratamiento²⁷.

El propósito fundamental de cualquier programa completo de prevención y control del cáncer de cuello uterino es disminuir la carga de esta enfermedad, a través de los siguientes enfoques: la reducción de las infecciones por el virus del papiloma humano, el cribado y tratamiento de las lesiones precancerosas en el cuello uterino, y la atención oportuna del cáncer en etapa invasiva, así como la provisión de cuidados paliativos²⁷.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, un programa integral abarca tres componentes interdependientes, que son la prevención primaria, la secundaria y la terciaria²⁷.

Tabla 5. *Componentes interdependientes de un programa integral*

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
El objetivo de salud pública radica en la reducción de las infecciones por VPH, ya que, si persisten, pueden desencadenar cáncer cervicouterino.	El objetivo, en términos de salud pública, es reducir tanto la incidencia como la prevalencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, deteniendo el progreso de las lesiones precancerosas hacia un cáncer en etapa avanzada.	El objetivo de salud pública es disminuir el número de fallecimientos causados por el cáncer cervicouterino.
Administrar la vacuna a niñas entre 9 y 13 años de edad (o en las edades recomendadas por las directrices nacionales) antes de que inicien su vida sexual.	Educación e intercambio de información; evaluación de todas las mujeres entre 30 y 49 años (o las edades indicadas por las pautas nacionales) para identificar lesiones precancerosas, generalmente asintomáticas.	Establecimiento de un sistema de referencia, por parte de los proveedores de atención primaria, hacia instalaciones que brindan diagnóstico y tratamiento para el cáncer.
Educar a los niños y niñas acerca de la sexualidad saludable, adaptándola según su edad y cultura, con el propósito de minimizar el riesgo de transmisión del VPH (junto con otras infecciones de transmisión sexual, como el VIH).	Tratamiento de las lesiones precancerosas, identificadas antes de que evolucionen hacia un cáncer invasivo.	Diagnóstico preciso y oportuno del cáncer, tras evaluar su grado de invasión.

Los mensajes fundamentales deben abogar por postergar el inicio de las relaciones sexuales y reducir comportamientos sexuales de alto riesgo.	Aun entre las mujeres vacunadas contra el VPH, resulta fundamental continuar con la evaluación y tratamiento cuando alcancen la edad correspondiente.	Aplicación de un tratamiento adecuado a cada etapa, obtenido en el diagnóstico.
Fomentar el uso, o proporcionar preservativos a aquellos que sean sexualmente activos.		
Implementar la circuncisión masculina en los casos pertinentes y adecuados.		

Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ²⁷.

En la prevención terciaria es fundamental administrar el tratamiento adecuado según la etapa identificada en el diagnóstico, para garantizar el abordaje adecuado:

- I. Cáncer en etapas iniciales: cuando el cáncer está localizado en el cuello uterino y las áreas circundantes (región pélvica), el tratamiento puede conducir a la curación. Se debe administrar el tratamiento más adecuado disponible, y brindar apoyo para mitigar los síntomas asociados al cáncer o a su tratamiento²⁷.
- II. Cáncer en etapas avanzadas: si el cáncer se ha extendido a tejidos más allá del cuello uterino y la región pélvica, o ha habido metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y reducir el sufrimiento. Se debe aplicar el tratamiento más efectivo disponible y ofrecer cuidados paliativos tanto en instalaciones terciarias como a nivel comunitario, incluyendo el acceso a analgésicos opioides²⁷.

El propósito de un programa a nivel nacional es reducir la frecuencia y prevalencia del cáncer cervicouterino, así como la tasa de mortalidad relacionada. En relación con la Organización Panamericana de la Salud²⁷, la creación y ejecución de un programa nacional para la prevención y control del cáncer cervicouterino involucra los siguientes pasos:

1. Elaboración de políticas a nivel nacional y establecimiento de una estructura de gestión de programas.
2. Planificación y preparación detallada de los programas.
3. Puesta en marcha de los programas.
4. Supervisión y evaluación continua de los programas.

En países con recursos limitados, es estratégico considerar el inicio de actividades de prevención y control del cáncer cervicouterino, por medio de un proyecto experimental en una zona geográfica específica. Esta estrategia resulta altamente beneficiosa para evaluar los aspectos modificables o susceptibles de mejora, antes de extender los servicios a una escala más amplia. La expansión geográfica puede planificarse de manera gradual, aplicando los aprendizajes obtenidos del proyecto experimental e incorporando tecnologías novedosas, respaldadas por evidencia científica según corresponda. La expansión a mayor escala puede llevarse a cabo de manera progresiva, hasta que el programa abarque todo el país²⁷.

A nivel comunitario, las actividades consisten en crear conciencia, proporcionar educación y llevar a cabo programas de extensión dirigidos a niñas de 9 a 13 años y mujeres de 30 a 49 años. En el caso de pacientes con enfermedad en etapas avanzadas, la familia y la comunidad desempeñan un papel primordial en la provisión de cuidados paliativos, después de que la mujer ha recibido el alta hospitalaria²⁷.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud²⁷, las funciones esenciales de los proveedores de atención médica, al implementar un programa efectivo, incluyen lo siguiente:

1. Proporcionar servicios de salud preventivos, curativos y rehabilitadores adecuados a la población elegible, conforme a las directrices nacionales y los protocolos de atención establecidos.
2. Participación activa en sesiones de capacitación y actualización relevantes, para mantener actualizados sus conocimientos y habilidades.
3. Mantenerse al tanto de cualquier modificación en las recomendaciones o intervenciones relacionadas con los servicios de salud y ajustar sus prácticas clínicas, en consecuencia.

4. Ofrecer información precisa a la comunidad en un lenguaje claro y comprensible, utilizando términos locales, para fomentar la asistencia de las personas de los grupos objetivos a estos servicios, y garantizar que se beneficien de ellos.
5. Se debe asegurar que se ofrezcan servicios de manera oportuna y que los mecanismos de derivación de casos funcionen de manera efectiva.
6. Mantener registros y archivos detallados, fundamentales para estimar los indicadores de vigilancia y evaluar si se están cumpliendo los objetivos del programa.
7. Garantizar y mejorar de forma continua la calidad de los servicios en todos los niveles, buscando la excelencia en la atención brindada.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud²⁷, la prevención y control efectivos del cáncer cervicouterino requieren lo siguiente:

1. Elaboración y difusión de una política nacional y directrices basadas en datos sobre la evolución de la enfermedad y la incidencia en diferentes grupos de edad.
2. Asignación de recursos financieros y técnicos, para implementar las políticas y directrices, garantizando la accesibilidad y asequibilidad de los servicios para mujeres y niñas.
3. Implementación de programas de educación pública y promoción de la prevención, para respaldar la política nacional.
4. Participación de mujeres y niñas en los grupos de edad especificados en el tamizaje y la vacunación contra el VPH.
5. Administración de la vacuna contra el VPH como estrategia poblacional para las niñas de 9 a 13 años.
6. Organización del tamizaje en lugar de dependiente de oportunidades, y vinculación de los servicios de tamizaje al tratamiento del precáncer y cáncer invasor.
7. Implementación de un sistema de gestión de la información sanitaria, y un plan de seguimiento y evaluación, para monitorear los logros, identificar deficiencias y ofrecer retroalimentación a los gerentes y proveedores de atención sanitaria, permitiendo la aplicación oportuna de correcciones adecuadas.
8. Establecimiento y mantenimiento de un sistema de derivación de casos funcionales.

2.24.2 Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología

El propósito de esta guía es brindar recomendaciones sobre la opción más efectiva para prevenir y tratar lesiones premalignas, así como reducir la cantidad de casos y la mortalidad asociada al cáncer cervicouterino³¹.

De acuerdo con Orozco et al.³¹, se mencionan las áreas clave para reforzar este aspecto, y es importante tener en cuenta que esta lista no abarca todos los puntos posibles, por lo que puede ser ampliada para garantizar una mejora en la calidad de la atención:

1. Capacitación en el proceso de trabajo: a) Actualización en el manejo actual del tamizaje y de las lesiones premalignas del cuello uterino; b) Desarrollo de habilidades para interpretar la evidencia que respalda las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC); c) Integración efectiva de las recomendaciones en la práctica clínica, implicando un cambio específico y supervisado en las tareas diarias.
2. Creación y distribución de materiales educativos: a) Elaboración y entrega de herramientas educativas que describen los pasos y decisiones necesarias para facilitar su implementación y distribución local.
3. Implementación de un sistema de recordatorio y auditoría: a) Activación de un sistema de recordatorio, para resaltar las principales recomendaciones del GPC; y b) Establecimiento de auditorías periódicas, para evaluar y retroalimentar a los profesionales clínicos.

En la creación de la Guía de Práctica Clínica (GPC), se resalta la importancia de identificar precozmente a pacientes con lesiones premalignas desde el primer contacto con el sistema de salud. Esto contribuiría a un mayor diagnóstico de lesiones, lo cual, a su vez, llevaría a una reducción en la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Un único examen de salud cervical, ya sea mediante citología u otras técnicas, puede tener un impacto significativo en la vida de una mujer³¹.

Con respecto a esta guía, se presenta un resumen de diversas recomendaciones que varían en su grado de apoyo, ya sea débil o fuerte. Asimismo, las recomendaciones se fundamentan en la prevención primaria y secundaria, además de ofrecer pautas para abordar resultados positivos en el tamizaje³¹.

En la prevención primaria, de acuerdo con Orozco et al.³¹, es crucial tener en cuenta algunas recomendaciones sólidas como un favor, entre las cuales se incluyen:

1. Uso consistente del condón: el uso constante del condón puede brindar un efecto protector contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y las lesiones premalignas cervicouterinas.

2. Vacunación contra el VPH:

- Se recomienda la vacunación con la vacuna bivalente, tetravalente o 9-valente en tres dosis (bivalente en 0, 1 y 6 meses; tetravalente y 9-valente en 0, 2 y 6 meses).
- Todas las niñas de 9 años (de preferencia a esta edad) deben recibir la vacuna.
- También se recomienda la vacunación para niñas y mujeres menores de 26 años, quienes no hayan recibido la vacuna previamente.
- La vacunación se aconseja independientemente de los resultados de pruebas como citología, colposcopia, ADN-VPH, ARN-VPH o serología VPH, así como independientemente de la presencia de verrugas genitales.
- Para mujeres vacunadas, se aconseja seguir el procedimiento de tamizaje para lesiones premalignas.
- En el caso de mujeres inmunocomprometidas o VIH positivas, se recomienda el mismo esquema de vacunación que para las mujeres de la población general.

Estas recomendaciones constituyen estrategias efectivas en la prevención primaria del cáncer cervicouterino y la reducción de la incidencia de lesiones premalignas³¹.

En la prevención secundaria, de acuerdo con Orozco et al.³¹, se destacan otras recomendaciones sólidas favorables, que son fundamentales para el tamizaje efectivo de lesiones premalignas cervicouterinas:

1. Tamizaje de lesiones premalignas cervicouterinas en mujeres entre 21-65 años: se recomienda realizar tamizajes regulares, para detectar lesiones premalignas en mujeres en este rango de edad.
2. Tamizaje en mujeres entre 30-65 años: se sugiere el tamizaje con examen de VPH cada cinco años como opción preferible. Alternativamente, se puede optar por citología (convencional o de base líquida) cada tres años, o la prueba de inspección visual con

ácido acético (IVAA) cada tres-cinco años, dependiendo de la infraestructura sanitaria y los recursos disponibles.

3. Tamizaje en mujeres entre 21-30 años: se recomienda el tamizaje cada tres años, utilizando citología (convencional o de base líquida), o la prueba de inspección visual con ácido acético (IVAA), según la infraestructura sanitaria y los recursos disponibles.

Estas recomendaciones fortalecen la prevención secundaria, al establecer pautas claras para el tamizaje periódico, permitiendo la detección temprana y el manejo adecuado de lesiones cervicouterinas premalignas en mujeres de diferentes grupos de edad³¹.

Ante resultados positivos en el tamizaje, de acuerdo con Orozco et al.³¹, se establecen recomendaciones sólidas a favor, para asegurar un manejo adecuado y oportuno:

1. Resultados de citología no satisfactorios: se sugiere repetir la citología entre dos a cuatro meses en mujeres con resultados de citología no satisfactorios. En caso de que la citología resulte positiva o nuevamente no satisfactoria, se recomienda realizar una colposcopia.
2. Resultados de citología negativos: se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario, si la citología arroja resultados negativos.
3. Resultados de citología no satisfactorios en mujeres mayores de 30 años: se permite realizar la prueba de VPH, en lugar de repetir la citología si esto resulta no satisfactorio. Si la prueba de VPH resulta positiva, se recomienda realizar una colposcopia; si resulta negativo, se aconseja regresar al programa de tamizaje de rutina.
4. Mujeres embarazadas con resultados de citología no satisfactorios: la conducta clínica ante resultados no satisfactorios en mujeres embarazadas es similar a la de las mujeres no embarazadas.
5. Resultados de citología negativos con muestras inadecuadas o insuficientes en mujeres mayores de 30 años: se sugiere el retorno al programa de tamizaje rutinario, y se puede considerar la realización inmediata de la prueba de VPH en mujeres mayores de 30 años.

Estas recomendaciones fortalecen la respuesta ante resultados positivos en el tamizaje, garantizando un manejo apropiado y ajustado para cada situación clínica³¹.

2.24.3 Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica

En el 2018, la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica (ESGO), en colaboración con la Sociedad Europea de Radioterapia y Oncología (ESTRO) y la Sociedad Europea de Patología (ESP), establecieron directrices basadas en evidencia para el tratamiento del cáncer de cuello uterino. Debido a la abundancia de nueva evidencia sobre el tratamiento de esta enfermedad, estas tres sociedades decidieron actualizar conjuntamente estas directrices basadas en evidencia. Esta actualización incorpora nuevos temas, para ofrecer orientación integral sobre todos los aspectos relevantes del diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino³².

En estas directrices actualizadas, se abordan la estadificación, el manejo, el seguimiento, la supervivencia a largo plazo, la calidad de vida y los cuidados paliativos. El tratamiento abarca estrategias para preservar la fertilidad, cáncer de cuello uterino en etapas tempranas y avanzadas localmente, cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticado mediante una muestra de histerectomía simple, cáncer de cuello uterino durante el embarazo, tumores raros y enfermedades recurrentes y metastásicas. También se proporcionan algoritmos de manejo, y se definen los principios de radioterapia y evaluación patológica³².

En relación con Cibula et al.³², las recomendaciones institucionales para el cáncer de cérvix están fundamentadas en los siguientes principios clave:

- Centralización de la atención: se promueve la concentración de la atención en centros especializados y redes de derivación, lo que garantiza un enfoque altamente especializado y coordinado para el tratamiento del cáncer de cuello uterino.
- Planificación multidisciplinaria: la planificación del tratamiento debe realizarse de manera multidisciplinaria, generalmente en reuniones de la junta de tumores definidos en los indicadores de calidad de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica (ESGO).
- Asesoramiento detallado a los pacientes: es crucial brindar un asesoramiento completo a los pacientes sobre el plan de tratamiento propuesto y las alternativas posibles, incluyendo la comprensión de los riesgos y beneficios asociados con cada opción.
- Equipo especializado: el tratamiento debe ser administrado por un equipo especializado, compuesto por expertos dedicados en el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, asegurando una atención óptima y personalizada.

- Participación en ensayos clínicos: se alienta la inclusión de pacientes con cáncer de cuello uterino en ensayos clínicos, con el objetivo de contribuir al avance del conocimiento y las terapias disponibles para esta enfermedad.

2.25 Abordaje institucional para la prevención del cáncer en Costa Rica

La detección del cáncer de cuello uterino en América Latina se desarrolló a finales de la década de 1950. Desde entonces, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva que ha impulsado el desarrollo de nuevas tecnologías y enfoques programáticos para la detección y prevención de esta enfermedad³³.

Es importante mencionar, que un total de 14 países disponen de guías o protocolos específicos para la detección del cáncer de cuello uterino, aunque únicamente Brasil, Chile y Colombia cuentan con guías respaldadas por evidencia científica. Durante la última década, 16 de los 19 países revisaron y actualizaron sus recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino. Los cambios más frecuentes consistieron en la incorporación de pruebas para el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la implementación de algoritmos para la detección y tratamiento³³.

De acuerdo con Fernández et al.³³, la siguiente ilustración se presenta como la cronología de actualización de las guías de detección del cáncer de cuello uterino en América Latina, 2021.

Ilustración 1. *Cronología de la actualización de las guías de detección del cáncer de cuello uterino en América Latina, 2021*



No available information for Venezuela

Fuente: imagen tomada de la referencia ³³.

Como se observa anteriormente, se establece que Costa Rica presenta una actualización de las guías de detección de cáncer de cuello uterino, basado en la actualización del 2007. Asimismo, Costa Rica, en las recomendaciones generales para la población, se basa en un tamizaje de citología cervical enfocado en una población mayor a 20 años, con un intervalo de tamizaje cada dos años³³.

El Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC), publicado en octubre de 2012 y posteriormente incluido en los Planes Operativos de la CCSS en 2013, fue identificado como necesitado de una actualización y reformulación basada en la metodología del Enfoque de gestión por resultados de acuerdo con las directrices institucionales. Esta actualización se llevó a cabo tomando como base el plan anterior, realizando modificaciones para lograr un plan más integral y efectivo³⁴.

El objetivo fundamental del PIAC es contribuir a la prevención y reducción de la incidencia de tumores malignos y la mortalidad asociada, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Esto se logra a través de la implementación de estrategias que mejoren las acciones de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, control del dolor y cuidados paliativos. Todo ello se orienta a lograr una utilización más eficaz de los recursos disponibles en la atención del cáncer³⁴.

De acuerdo con la Caja Costarricense de Seguro Social³⁴, se mencionan tres elementos claves en el marco específico para el cáncer, centrados en la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino:

1. Guía de detección de cáncer de cuello uterino: proporciona orientación y directrices para la detección del cáncer de cuello uterino, ofreciendo pautas sobre las mejores prácticas y procedimientos para un tamizaje eficaz y preciso.
2. Lineamiento técnico para estrategias en áreas de salud específicas: este lineamiento técnico se enfoca en definir e implementar estrategias en las áreas de Salud, especialmente dirigidas a mujeres mayores de 30 años y aquellas que nunca han tenido una citología. Su objetivo es asegurar una cobertura adecuada y efectiva para la detección temprana del cáncer cervical en estos grupos de población.
3. Actualización de normas y procedimientos de atención integral a la mujer: esta actualización se centra en las Normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino, al incluir los niveles I, II y III de

atención, así como las normas específicas para los laboratorios de citología. Estas normas se revisan y actualizan para asegurar una atención y manejo óptimos de la salud de las mujeres en relación con el cáncer de cuello uterino.

Estos elementos proporcionan un marco sólido específico para mejorar la prevención, detección y manejo del cáncer de cuello uterino, contribuyendo así a la reducción de la carga de esta enfermedad en la población³⁴.

En Costa Rica, se ha identificado un grupo de siete tipos de cáncer como prioritarios, debido a su alta incidencia y mortalidad en los últimos años. Estos cánceres son: piel, gástrico, mama, próstata, cuello uterino, pulmón y colon³⁴.

En esta sección, se detallan los objetivos, productos y metas que persiguen para lograr la propuesta de valor y la misión del plan. Asimismo, se explican cómo estos contribuyen al objetivo nacional establecido en el Plan nacional de desarrollo 2015-2018, así como al fortalecimiento de la atención del cáncer a nivel nacional³⁴.

El enfoque está en abordar estos siete tipos de cáncer de manera integral y efectiva, buscando reducir tanto la incidencia como la mortalidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y fortalecer la infraestructura y la capacidad de atención, para enfrentar este desafío de salud pública de manera eficaz y sostenible³⁴.

De acuerdo con la Caja Costarricense de Seguro Social³⁴, la matriz del Plan Institucional está estructurada en tres objetivos fundamentales, cada uno de los cuales representa una piedra angular en la estrategia para abordar el cáncer de manera efectiva:

1. Contribuir a la adopción de estilos de vida saludables en la población: se centra en promover la adopción de prácticas y comportamientos que reduzcan el riesgo de desarrollar cáncer. Esto incluye educación y concienciación sobre hábitos de vida saludables, dieta equilibrada, actividad física regular, evitación del consumo de tabaco y alcohol en exceso, entre otros.

2. Facilitar el acceso a los servicios de salud: apunta a asegurar que la población tenga un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud necesarios para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Esto implica

garantizar la disponibilidad de servicios de salud cercanos, accesibles y de calidad para todos.

3. Mejorar la gestión de pacientes: se enfoca en optimizar la atención y el manejo de los pacientes con cáncer. Esto incluye la coordinación eficaz entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente, la implementación de protocolos de tratamiento actualizados y el seguimiento adecuado, para garantizar una atención integral y continua.

Estos tres objetivos se entrelazan para abordar el cáncer desde diferentes perspectivas: la prevención, mediante estilos de vida saludables; el acceso adecuado a la atención médica; y la mejora de la atención para aquellos que han sido afectados por la enfermedad. Juntos, buscan proporcionar un marco integral para el abordaje del cáncer y su impacto en la población³⁴.

Los elementos esenciales, para el funcionamiento de las redes de atención médica, incluyen el fortalecimiento del primer nivel de atención, mejorando su accesibilidad y capacidad, para ser la puerta de entrada al sistema. Además, se busca reforzar el segundo nivel, para mejorar la capacidad de detección y diagnóstico del cáncer. También, se enfoca en definir claramente los roles y competencias de los diferentes establecimientos de la red, incluyendo hospitales nacionales, y adaptar las intervenciones según el nivel de complejidad³⁴.

En el contexto de la prevención primaria, se observa que, en el año 2020, siete de cada diez niñas, en la cohorte objetivo principal, han completado su dosis final de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Asimismo, es relevante destacar que el Programa de vacunación contra el VPH se implementó en el año 2019, siendo a escala nacional y con una cohorte objetivo principal de niñas de 10 años³⁵.

Esta estrategia de prevención también debe considerar ciertos factores de riesgo, como la prevalencia del consumo de tabaco en mujeres mayores de 15 años en el año 2020, que fue del 5 %. Además, se tiene en cuenta la incidencia de infección por el VIH por cada 1 000 mujeres mayores de 15 años en el mismo año, la cual fue del 0,37 %. Estos factores de riesgo son importantes para comprender el panorama de la salud en relación con la prevención del cáncer de cuello uterino³⁵.

En el ámbito de la prevención secundaria, se destaca que Costa Rica implementa un programa de cribado para el cáncer cervicouterino en el año 2021. La prueba de detección principal utilizada en este programa es la prueba de VPH. El rango de edad de las mujeres incluidas en este programa abarca desde los 30 hasta los 65 años. El programa también establece directrices para reforzar la detección temprana de los primeros síntomas en la atención primaria, y cuenta con un sistema de derivación bien definido, desde la atención primaria hacia la atención secundaria y terciaria³⁵.

Es significativo resaltar que siete de cada diez mujeres, en el rango de edad de 30 a 49 años, han realizado pruebas de detección de cáncer cervicouterino en los últimos cinco años. Este indicador muestra un buen nivel de participación en los programas de detección, lo que contribuye a una detección temprana y efectiva de posibles casos de cáncer cervicouterino en la población femenina de esa franja etaria³⁵.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud³⁵, los objetivos de la Estrategia de eliminación del cáncer del cuello uterino de la Organización Mundial de la Salud para el año 2030 son los siguientes:

1. Lograr que el 90% de las niñas estén completamente vacunadas contra el VPH a los 15 años.
2. Alcanzar que el 70% de las mujeres se realicen una prueba de detección de alto rendimiento a los 35 años y, posteriormente, nuevamente a los 45 años, con el fin de detectar posibles casos de cáncer cervicouterino.
3. Se debe asegurar que el 90% de las mujeres, quienes han recibido un diagnóstico de enfermedad cervicouterina, reciban el tratamiento correspondiente, garantizando, así, una atención adecuada y oportuna para estas pacientes.

2.26 Percepciones de las pacientes sobre la citología vaginal en Costa Rica

De acuerdo con las mujeres que participaron en la investigación, no tienen un conocimiento completo del procedimiento del examen de Papanicolaou, aunque sí están al tanto de que implica una revisión de la cavidad vaginal. De aquí se resalta la importancia de que el personal de salud y las instituciones, en el país, implementen acciones para difundir información sobre el procedimiento y su relevancia, de manera que se pueda persuadir acerca de la importancia de someterse a este examen. Asimismo, se hizo evidente que las mujeres no comprenden que la

citología vaginal se realiza como una herramienta de tamizaje para la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino³⁶.

Las mujeres, en este estudio, muestran que no siempre encuentran motivación por parte de su familia, pareja o personas cercanas, para adoptar prácticas preventivas como la realización del PAP. Cada mujer es un individuo completo, pero su percepción de sí misma está fuertemente influenciada por lo que ha aprendido desde su infancia³⁶.

Lo que las personas absorben en su experiencia de vida, así como su acceso a la información, son factores determinantes en la toma de decisiones y comportamientos relacionados con su salud. Es esencial promover prácticas saludables a nivel familiar, donde cada miembro asuma la responsabilidad de su propia salud y reciba apoyo del entorno. Así, al otorgar importancia a "mi salud", se fomentará la importancia que merece la salud de los demás miembros de la familia. Además, el género de la persona que realiza la prueba es otro dato relevante. Esto se destaca como una de las causas más comunes por las cuales las mujeres entrevistadas no se realizan oportunamente el examen de Papanicolaou: el hecho de que sea realizado por un hombre influye considerablemente, ya que la mayoría prefiere que la prueba sea realizada por una mujer. A las mujeres les genera vergüenza y presentan un desconocimiento sobre el examen y su propósito, aunque reconocen su importancia. Esto subraya la necesidad de desarrollar estrategias para proporcionar información con un enfoque de equidad de género, de manera que los hombres estén conscientes de la importancia de animar a las mujeres a cuidar su salud. Al considerar que no se puede ni se debe excluir a los hombres de la realización de este examen, se requieren cambios, para que tanto mujeres como hombres puedan tomar las muestras. De esta forma, las mujeres tendrían la oportunidad de elegir a la persona que les realice el examen, lo que les brindaría mayor confianza y satisfacción con el servicio recibido³⁶.

El personal de salud desempeña un papel crucial, al motivar a las mujeres para que den prioridad a sus necesidades y sean conscientes de la importancia de cuidar su propia salud. A medida que esto ocurra, la mujer estará en mejor posición para brindar apoyo a su familia si así lo desea. Es esencial considerar aspectos socioculturales, geográficos y antecedentes de cada mujer en cada consulta, centrándose en sus necesidades. Con el tiempo, esto creará un ambiente de confianza, que puede ser fundamental para que la mujer decida someterse al examen de Papanicolaou. Otro factor clave es la responsabilidad de las entidades de salud del país. En muchas

ocasiones, a pesar de la disposición del personal para brindar apoyo, las limitaciones en la forma de trabajo pueden obstaculizar este objetivo³⁶.

Es fundamental sensibilizar no solo al personal de salud, sino también a las instituciones estatales que tienen un gran papel en la difusión, ofreciendo la opción de consulta ginecológica que incluye la toma del Papanicolaou, y acercándose de manera más efectiva a las comunidades que tienen una menor respuesta. Es altamente probable que estas comunidades se sientan tomadas en cuenta, al recibir opciones de atención que redunden en una participación más activa y positiva, especialmente en la realización del PAP para el cuidado de su salud³⁶.

2.27 Servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica

De acuerdo con Fonseca et al.³⁷, se plantea el desarrollo como un proceso; este abarca múltiples dimensiones, no limitándose únicamente al crecimiento económico, sino también abordando la erradicación de la pobreza y la disminución de las disparidades sociales. Además, implica transformaciones estructurales en las instituciones nacionales, la dinámica de la sociedad y las actitudes de la población.

En este contexto, Fonseca et al.³⁷, plantean que el desarrollo persigue al menos estos tres propósitos:

1. Incrementar la disponibilidad y extender la distribución de los elementos esenciales para la subsistencia, como alimentos, vivienda, atención médica y protección.
2. Mejorar los estándares de vida, lo que implica no solo mayores ingresos, sino también la creación de más oportunidades laborales, una educación de mayor calidad y atención a aspectos culturales y valores humanos. Esto no solo conlleva una mejora en el bienestar material, sino también una mayor autoestima, tanto a nivel individual como nacional.
3. Ampliar el abanico de alternativas socioeconómicas y sociales disponibles para las personas, liberándolas de la dependencia y la subyugación, no solo con respecto a otros individuos, sino también en relación con la ignorancia y la indigencia humana.

Los cantones considerados periféricos son aquellos que han sido definidos como tales por el Ministerio de Agricultura y Ganadería. Estos cantones incluyen a Abangares, Bagaces, Buenos Aires, Carrillo, Cañas, Corredores, Coto Brus, Esparza, Garabito, Golfito, Guácimo, Guatuso, Hojancha, La Cruz, Liberia, Limón, Los Chiles, Matina, Montes de Oro, Nandayure, Nicoya,

Orotina, Osa, Parrita, Pérez Zeledón, Pococí, Puntarenas, Quepos, San Carlos, San Mateo, Santa Cruz, Sarapiquí, Siquirres, Talamanca, Tilarán y Upala³⁷.

Es relevante tener en cuenta que los niveles más destacados de desarrollo a nivel local se correlacionan en mayor medida con la región central, que constituye el centro económico y político del país. Por otro lado, se observan niveles menos favorables en las áreas más distantes, particularmente en las zonas fronterizas cercanas a Nicaragua y Panamá³⁷.

En cuanto a los cantones con un Índice de Desarrollo Humano Local (IDHL) "muy bajo", su ubicación geográfica se encuentra principalmente en las zonas más alejadas del centro del país, lo que incluye cantones como Guatuso, Talamanca, Los Chiles y La Cruz. En la categoría de "bajo" IDHL, estos se distribuyen en diversas regiones del país, como Garabito, Parrita, Montes de Oro y Guácimo. En contraste, solo nueve cantones son clasificados como "medianos", de los cuales ocho están concentrados en la Región Chorotega, caracterizándose por un desarrollo relativamente homogéneo en su interior, y uno de ellos es el cantón de Osa, que se encuentra en la Zona Brunca. En la categoría de mayor desarrollo humano local se destacan solamente cinco cantones: San Carlos, Pérez Zeledón, Puntarenas, Limón y Pococí³⁷.

En lo que respecta a las capacidades de infraestructura, San Carlos se posiciona en la primera posición. Esto se debe a que la mayoría de las instituciones educativas de nivel secundario se localizan en San Carlos, con un total de 51 colegios en la zona. Además, cuenta con 41 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), lo que lo convierte en el segundo cantón con más centros de salud a nivel nacional³⁷.

Hasta el 30 de junio de 2020, el Primer nivel de atención comprende un total de 105 áreas de Salud, ubicadas en las redes Chorotega, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Central Norte, Central Sur, Pacífico Central y Brunca. Asimismo, se cuentan con 1 064 equipos básicos de atención integral en salud que están compuestos por un médico general, un auxiliar de enfermería, un Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP) y un asistente de redes, junto con 668 puestos de visita periódica³⁸.

Es fundamental considerar la estructura y organización de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, debido a que esto tiene un impacto directo en la eficacia y accesibilidad de la atención médica. La organización de los servicios de salud abarca la disposición

de infraestructura, la distribución de recursos humanos, la disponibilidad de equipos y tecnología médica, y la gestión de los procesos asistenciales³⁸.

En el contexto de la atención a pacientes con patología cervical, la organización de los servicios de salud de la CCSS desempeña un papel esencial en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de esta afección. Una organización eficiente y con una gran coordinación puede agilizar los procesos, reducir las demoras y garantizar que las pacientes reciban atención oportuna y adecuada³⁸.

Las zonas periféricas, por ejemplo, pueden enfrentar desafíos adicionales en términos de acceso a la atención médica, debido a su ubicación geográfica. Por lo tanto, es esencial que la organización de los servicios de salud tenga en cuenta estas disparidades regionales y busque estrategias para garantizar que las pacientes en áreas periféricas reciban una atención de calidad y se eviten las barreras de acceso³⁸.

Se detalla que la organización de los servicios de salud de la CCSS, con su respectiva cantidad, según Vargas et al.³⁸, se describe de la siguiente manera: hospitales nacionales generales presentan una cantidad de tres, hospitales nacionales especializados de seis, hospitales regionales de ocho, hospitales periféricos de doce, centro o unidades especializadas de seis, áreas de salud (sedes de área) de 105, sedes de EBAIS de 525, puestos de visita periódica de 668 y de EBAIS de 1 064, respectivamente.

En Costa Rica, el cáncer es uno de los problemas de salud más significativos. Para abordar este desafío, la Caja Costarricense de Seguro Social lleva a cabo diversas acciones dirigidas a prevenir, detectar y tratar los principales tipos de cáncer que afectan a la población³⁹.

La atención a las pacientes inicia con la exploración del cuello uterino y/o la realización de la citología cervicovaginal. Si se identifica alguna lesión clínicamente sospechosa de cáncer cervical durante la exploración, o si los resultados de la citología cervicovaginal indican alguna anomalía, se deriva a la mujer para realizar una colposcopia y, si es necesario, se toma una biopsia para confirmar el diagnóstico. Este proceso concluye cuando se comunica el resultado a la paciente, momento en el cual se decide el tratamiento por seguir³⁹.

La definición de este proceso ha permitido establecer un flujo de atención para estas pacientes, lo que facilita la comprensión visual de su recorrido, a través de los distintos servicios

para recibir intervenciones específicas en salud. Al recopilar las fechas en que se realizan estas intervenciones, se puede medir cualquier retraso, de acuerdo con lo estipulado en la normativa³⁹.

Dado que el objetivo principal de la atención médica es proporcionar una atención de calidad a la población y mejorar continuamente la calidad de los servicios prestados, resulta primordial identificar las barreras que obstaculizan la accesibilidad y la oportunidad de la atención en salud³⁹.

Por lo tanto, la evaluación de los tiempos de espera en la atención (demora) es un factor importante para tener en cuenta. Analizar estos tiempos puede ayudar a identificar posibles barreras de acceso a los servicios de salud, lo que a su vez proporciona áreas de mejora en la gestión a nivel local³⁹.

De acuerdo con On Cubillo³⁹, las siguientes son las demoras definidas por norma para la atención de las usuarias con citología cervicovaginal alterada con su respectivo tiempo establecido: procesamiento de la citología en el laboratorio en menos de 20 días hábiles; identificación de la paciente para su remisión a una colposcopia en menos de ocho días; si la colposcopia presenta lesiones sugestivas de presencia de VPH, células escamosas de significado indeterminado, células glandulares de significado indeterminado y lesión intraepitelial de bajo grado son menos de 90 días; lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ) y células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo son menos de 30 días; lesión invasora son menos de ocho días; envío de la muestra de biopsia a laboratorio de patología son menos o igual a ocho días hábiles; procesamiento de la biopsia en el laboratorio de patología son menos o igual a 15 días hábiles; y notificación del resultado de la biopsia a la paciente, si el resultado es positivo son menos o igual a ocho días hábiles y, si el resultado es negativo, son menos o igual a 30 días hábiles, respectivamente.

De todos los casos remitidos para colposcopia debido a resultados anómalos en la citología cervicovaginal (n=450), en el 93,3 %, la citología cervicovaginal se procesó dentro del tiempo especificado por la normativa (demora 1: menos de 20 días hábiles). Además, el 90,2 % de las pacientes fueron referidas a colposcopia en menos de ocho días desde que el área de Salud u hospital recibió el informe de la citología (demora 2). En el 84,4 % de los casos, la colposcopia se realizó dentro de los plazos estipulados en función de la anormalidad citológica (demora 3)³⁹.

De los 288 casos en los que se realizó una biopsia, en el 91,7 %, el envío de la muestra al laboratorio (demora 4) se realizó dentro de los ocho días hábiles posteriores a la toma. En el 56,3% de los casos, el resultado de la biopsia se notificó (demora 5) durante los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la muestra en el laboratorio³⁹.

En cuanto a los resultados de la biopsia, se encontró que el 86,1% de los casos resultaron positivos, lo que indica la presencia de una lesión cervical premaligna o maligna. En el 7 % de estos casos, se comunicó el resultado a la paciente en un plazo de ocho días hábiles (demora 6)³⁹.

Por otro lado, en 36 casos, el resultado de la biopsia fue negativo, lo que significa que no se detectó ninguna lesión premaligna o maligna en el cuello uterino. De estos casos, en 12 se informó el resultado en un plazo de hasta 30 días después de la fecha del informe³⁹.

Además, se identificó que, en cuatro casos, el resultado de la biopsia fue inconcluso, y la notificación del resultado a la paciente se realizó en un período superior a los 30 días³⁹.

El informe de los resultados de la biopsia, por parte del médico tratante a la paciente, suele experimentar demoras en la mayoría de los casos, ya sea que el resultado sea positivo o negativo. Es de suma importancia, conocer que dichas demoras deben ser cuidadosamente examinadas, en el contexto de la programación de las citas y la captación de las pacientes, para recibir los resultados³⁹.

Esta situación es especialmente crítica cuando el resultado de la biopsia es positivo, ya que este resultado influye en la toma de decisiones terapéuticas. Por consiguiente, la coordinación efectiva entre los servicios de patología y ginecología es de suma importancia, para asegurar que las pacientes reciban atención oportuna y adecuada. Esta coordinación es un aspecto fundamental que debe analizarse y gestionarse a nivel local, teniendo en cuenta las particularidades de cada centro de salud y la integración en la Red de servicios de salud correspondiente³⁹.

La demora en la comunicación de los resultados de la biopsia puede tener un impacto significativo en el bienestar de las pacientes y en la eficacia de la atención médica. Por lo tanto, es esencial abordar y resolver las causas subyacentes de estas demoras, para garantizar que las pacientes reciban el apoyo y tratamiento necesarios en el momento adecuado. Esto implica una revisión detallada de los procesos y procedimientos dentro de la atención médica, así como la implementación de soluciones que mejoren la coordinación entre los servicios involucrados³⁹.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación (tipo, alcance y enfoque)

La presente investigación básica es una revisión bibliográfica, con enfoque cualitativo y un alcance descriptivo. El enfoque cualitativo es debido a que el investigador desea explorar, describir y conocer ampliamente percepciones, emociones, sentimientos, experiencias, enfoques y puntos de vista de individuos, desde una perspectiva de los propios participantes o personas investigadas, en su ambiente natural. El alcance descriptivo se debe a que tiene el fin de especificar las propiedades, perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o de otros fenómenos que se sometan a un análisis⁴⁰.

3.2 Fuentes de información

Para sustentar esta tesis, la autora del presente trabajo se basó en estudios de fuentes primarias, enfocados en estudios de la salud y el manejo preventivo del cáncer de cérvix; asimismo, en sus respectivas recomendaciones médicas actuales acerca de dicha patología. Seguidamente, se utilizaron los operadores booleanos AND, OR Y NOT; y los respectivos motores de búsqueda tales como Google Académico, Clinical Key, EBSCO, SciELO, Elsevier, para un mejor análisis de diversas fuentes primarias.

3.3 Criterios de búsqueda

En la siguiente tabla se observan los criterios de búsqueda utilizados, tales como descriptores, motores de búsqueda, periodo de estudio, idioma, de acuerdo con cada objetivo del estudio.

Tabla 6. *Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo*

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Describir las características fisiopatológicas generales del cáncer de cérvix.	Generalidades cáncer de cérvix.	Google Académico.	2018-2023	Español/inglés
	Fisiopatología del cáncer de cérvix.	Clinical Key. EBSCO. SciELO. Elsevier.		
Identificar las recomendaciones	Prevención del cáncer de cérvix.	Google Académico.	2016-2023	Español/inglés

médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix.	Recomendaciones médicas para el cáncer de cérvix.	Clinical Key. EBSCO. SciELO. Elsevier.		
Señalar la situación actual del abordaje institucional en torno a la prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica.	Cáncer de cérvix en zonas urbanas de Costa Rica.	Google Académico. Clinical Key. EBSCO. SciELO. Elsevier.	2016-2023	Español/inglés
	Cáncer de cérvix en zonas rurales de Costa Rica.			
	Abordaje del cáncer de cérvix en Costa Rica.			
Generar una propuesta de guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica.	Guías de prevención del cáncer de cérvix.	Google Académico. Clinical Key. EBSCO. SciELO. Elsevier.	2016-2023	Español/inglés
	Guías de autocuidado de la mujer.			

Fuente: elaboración propia, 2023.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

En la próxima tabla, se examinan los criterios de exclusión e inclusión, que se realizaron para seleccionar los artículos científicos con base en esta tesis.

Tabla 7. *Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos de generalidades del cáncer de cérvix.	Artículos de generalidades del cáncer de mama.

Artículos acerca de las recomendaciones actuales para el cáncer de cérvix.	Artículos sobre recomendaciones obsoletas, con una antigüedad de más de 30 años, para el cáncer de cérvix.
Artículos sobre el autocuidado de la mujer en el ámbito ginecológico.	Artículos sobre el autocuidado de la mujer en el ámbito laboral.
Artículos de abordaje preventivo del cáncer de cérvix en Costa Rica.	Artículos de abordaje preventivo del cáncer de cérvix en zonas de Asia.

Fuente: elaboración propia, 2023.

3.5 Análisis de la información

En la búsqueda de información, se obtuvo un aproximado de 1 528 artículos y libros académicos en su totalidad, basados en los últimos cinco años, en los idiomas inglés y español. Es importante señalar que, cuando se realiza la revisión bibliográfica, carece de artículos recientes sobre directrices, medidas preventivas y opiniones de las pacientes en relación con el cáncer de cérvix en Costa Rica; por dicha razón, se recurrió a utilizar un artículo del 2012 en los resultados. No obstante, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, mediante revisión del título y el resumen, y revisando el contenido de los artículos que presentan mayor precisión acerca del cáncer de cérvix, se redujo el número de artículos a 40.

Con el propósito de respaldar esta tesis, se efectúa un análisis, tomando en consideración omitir los criterios de exclusión, los cuales están basados en artículos de generalidades del cáncer de mama, artículos que contienen recomendaciones obsoletas con una antigüedad de más de 30 años para el cáncer de cérvix, artículos sobre el autocuidado de la mujer en el ámbito laboral y, finalmente, artículos de abordaje preventivo del cáncer de cérvix en zonas de Asia.

3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia

En la siguiente tabla se observa la cantidad de artículos, de acuerdo con su nivel de evidencia y su respectivo tipo de estudio.

Tabla 8. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	1	5.26%
2	Revisión sistemática (cualitativa) de cohortes.	1	2	10.53%
	Poblacionales y correccionales.	1		
3	Estudio de casos y controles.	4	10	52.63%
	Revisión sistemática (cualitativa) de casos y controles.	5		
	Reporte de casos.	1		
4	Serie de casos.	1	1	5.26%
5	Revisión bibliográfica.	5	5	26.32%
Total		19	19	100%

Fuente: elaboración propia, 2023.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El cáncer de cérvix se presenta como una patología que logra afectar a la salud de las mujeres a nivel global; del mismo modo, se ha promovido un análisis recurrente y crítico de las estrategias preventivas y de atención existentes. Costa Rica, como muchos otros países, desea mejorar su enfoque hacia la prevención y el manejo precoz de esta enfermedad. De acuerdo con esto, los resultados se han dedicado a un minucioso análisis de las recomendaciones médicas actuales, en relación con la prevención del cáncer de cuello uterino y su debida gestión.

Por medio de la revisión exhaustiva de las recomendaciones actuales, la comprensión en profundidad de las características fisiopatológicas del cáncer de cuello uterino, entender el abordaje institucional de la mencionada patología en Costa Rica, se ha planteado la posibilidad de diseñar una guía técnica, que pueda ser incorporada en los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica. El presente esfuerzo tiene como objetivo primordial mejorar la prevención y el autocuidado de las mujeres, adaptado a la realidad de sus comunidades de forma integral.

4.1 Características fisiopatológicas generales del cáncer de cérvix

El cáncer cervicouterino representa un grave problema de salud pública a nivel mundial. En el contexto de la salud de la mujer, comprender a fondo las características fisiopatológicas de esta enfermedad es primordial para el diseño de estrategias de prevención y tratamiento efectivo. Este objetivo específico presenta un énfasis en la exploración detallada de las características fisiopatológicas, que definen la progresión y manifestación del cáncer de cuello uterino.

El proceso que sucede en una transformación maligna del tejido cervical va a implicar cambios celulares y moleculares complejos, que incluyen la interacción de factores genéticos, ambientales y virales. Un recurrente estudio de estos cambios, desde una perspectiva fisiopatológica, proporciona una comprensión integral de cómo la enfermedad se desarrolla y progresa a nivel celular, tisular y sistémico. Del mismo modo, sienta las bases para intervenciones médicas más eficaces y una atención centrada en el paciente²⁰.

En la oncogénesis en el cáncer cervicouterino, se presenta que el cáncer epidermoide cervicouterino generalmente se origina en la unión escamocolumnar, a partir de una lesión displásica previa, predominantemente causada por una infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH). La mayoría de las mujeres jóvenes eliminan rápidamente este virus, pero en casos de infección persistente, puede evolucionar hacia una enfermedad cervicouterina displásica

preinvasora. El proceso de progresión desde displasia hasta cáncer invasivo generalmente requiere varios años, con variaciones significativas en el tiempo de desarrollo²⁰.

Las alteraciones moleculares asociadas con la carcinogénesis cervicouterina son inherentemente complejas, y aún no se comprenden completamente. La detección de fenómenos moleculares comunes adicionales ha sido desafiante, y los estudios demuestran una considerable heterogeneidad. En consecuencia, se postula que la oncogénesis resulta de interacciones complejas entre la inmunidad del huésped, los actores ambientales y las variaciones genómicas en las células somáticas²⁰.

Es crucial tener en cuenta que el virus del papiloma humano desempeña un papel fundamental en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Existe evidencia que respalda la idea de que las oncoproteínas del VPH son un componente esencial en la continua proliferación cancerosa. A diferencia de los serotipos de bajo riesgo, los serotipos oncogénicos del VPH tienen la capacidad de integrarse en el genoma humano, contribuyendo, así, al proceso oncogénico²⁰.

La infección por el virus del papiloma humano oncogénico conlleva la generación de proteínas de replicación temprana E1 y E2, que permiten la replicación viral en las células del cuello uterino, expresándose especialmente en las primeras etapas de la infección. Estas proteínas pueden inducir cambios citológicos detectables, como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (LSIL) en pruebas de Papanicolaou. Se destaca que las oncoproteínas E6 y E7 desempeñan un papel crucial en este proceso de transformación. La proteína E7 se une a la proteína supresora tumoral de retinoblastoma (Rb), mientras que la proteína E6 se une a la proteína supresora tumoral p53. Ambas interacciones conducen a la degradación de estas proteínas supresoras. El efecto de E6 en la degradación de p53 ha sido ampliamente estudiado, y se relaciona con la proliferación e inmortalización de las células cervicales²⁰.

Los patrones de crecimiento y visibilidad tumoral suceden después de la fase de oncogénesis; se observa que el crecimiento del cáncer puede seguir un patrón exofítico, si se origina en el ectocérvix, o endofítico, si se desarrolla en el conducto endocervical. Es importante señalar que las lesiones ubicadas en la parte inferior del conducto y en el ectocérvix pueden ser detectadas durante la exploración física²⁰.

En la diseminación a través del sistema linfático, es crucial destacar que el cuello uterino cuenta con una red extensa de conductos linfáticos que siguen la ruta de la arteria uterina. Estos conductos drenan principalmente hacia los ganglios linfáticos paracervicales y parametriales. Por

lo tanto, estos ganglios son de gran relevancia en la práctica clínica, y se eliminan como parte de la resección parametrial durante la histerectomía radical²⁰.

En diversas fuentes bibliográficas examinadas y libros académicos con información específicamente de Ciencias de la Salud, se identificó un patrón en las características fisiopatológicas del cáncer de cuello uterino, lo que subraya la importancia de comprender la influencia del virus del papiloma humano en este contexto. Se optó por consultar libros académicos destinados a estudiantes de Medicina, debido a que poseen un potencial de información relevante sobre las características fisiopatológicas del cáncer de cérvix. Estos libros proporcionaron una base de datos más sustancial para esta investigación, en comparación con varios artículos revisados, lo que justificó su elección como fuente principal de información.

Seguidamente, se presenta un resumen acerca de las mencionadas características fisiopatológicas del cáncer cervicouterino:

Tabla 9. *Características fisiopatológicas del cáncer de cérvix*

Aspectos	Información destacada
Cáncer de cérvix	Causado principalmente por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Comienza con lesiones displásicas en la unión escamocolumnar. La infección persistente con VPH puede progresar a enfermedad cervicouterina preinvasora y cáncer invasor.
Características del VPH	Virus de ADN, que infecta las células basales del epitelio. Pequeño tamaño con un genoma de doble cadena de ADN. Los genes E6 y E7 del VPH están involucrados en la transformación neoplásica. Se han identificado más de 150 tipos de VPH, clasificados en tipos de bajo o alto riesgo oncogénico.
VPH de alto riesgo	Ejemplos son el VPH 16 y 18, responsables de la mayoría de los cánceres cervicales.
Infección por VPH	Común en mujeres jóvenes, y puede persistir durante años. La persistencia viral es un factor

	crucial para la progresión de las lesiones cervicales.
Diseminación del cáncer	Puede ser exofítica o endofítica.
Diseminación linfática	Los conductos drenan hacia los ganglios linfáticos paracervicales y parametrales.

Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20, 21, 24}.

Se determinó, en la revisión bibliográfica, un patrón consistente en relación con las características fisiopatológicas del cáncer de cérvix; asimismo, se denotó la importancia de la influencia del virus del papiloma humano en la mencionada patología. No obstante, al realizar una revisión bibliográfica más detallada, se observaron ligeras discrepancias y múltiples similitudes entre los artículos, las cuales se detallarán de manera concisa en las próximas secciones, mediante tablas y gráficos para una representación visual y comparativa.

El propósito de la tabla a continuación es ilustrar los identificadores (A, B, C, D) y sus correspondientes características fisiopatológicas.

Tabla 10. *Características fisiopatológicas y su respectivo identificador*

Identificador	Características fisiopatológicas
A	El VPH presenta más de 150 tipos.
B	En el VPH se han identificado más de 100 subtipos.
C	Los tipos de VPH alto riesgo, especialmente, son el 16 y el 18.
D	El virus de papiloma humano induce a lesiones premalignas y proliferativas de la piel y mucosas.

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20, 21, 24}.

La siguiente tabla tiene como propósito presentar una revisión bibliográfica que se basa en un artículo denominado Actualización de prevención y detección del cáncer de cérvix. Además, se incluyen capítulos de libros académicos dirigidos a estudiantes de Medicina, específicamente Patología premaligna del cuello uterino, del libro González Merlo Ginecología y cáncer cervicouterino, del libro Williams ginecología. Se analizan las similitudes y discrepancias de estos recursos con respecto a las características fisiopatológicas y sus respectivos identificadores, los

cuales se basan en la tabla anterior. Se asigna un "Sí" si la característica fisiopatológica está presente, y un "No" si la característica fisiopatológica no está presente.

Tabla 11. *Artículos y libros académicos con su respectivo identificador*

Patología premaligna del cuello uterino	Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix	Cáncer cervicouterino	Identificador
Sí	No	Sí	A
No	Sí	No	B
Sí	Sí	Sí	C
Sí	Sí	Sí	D

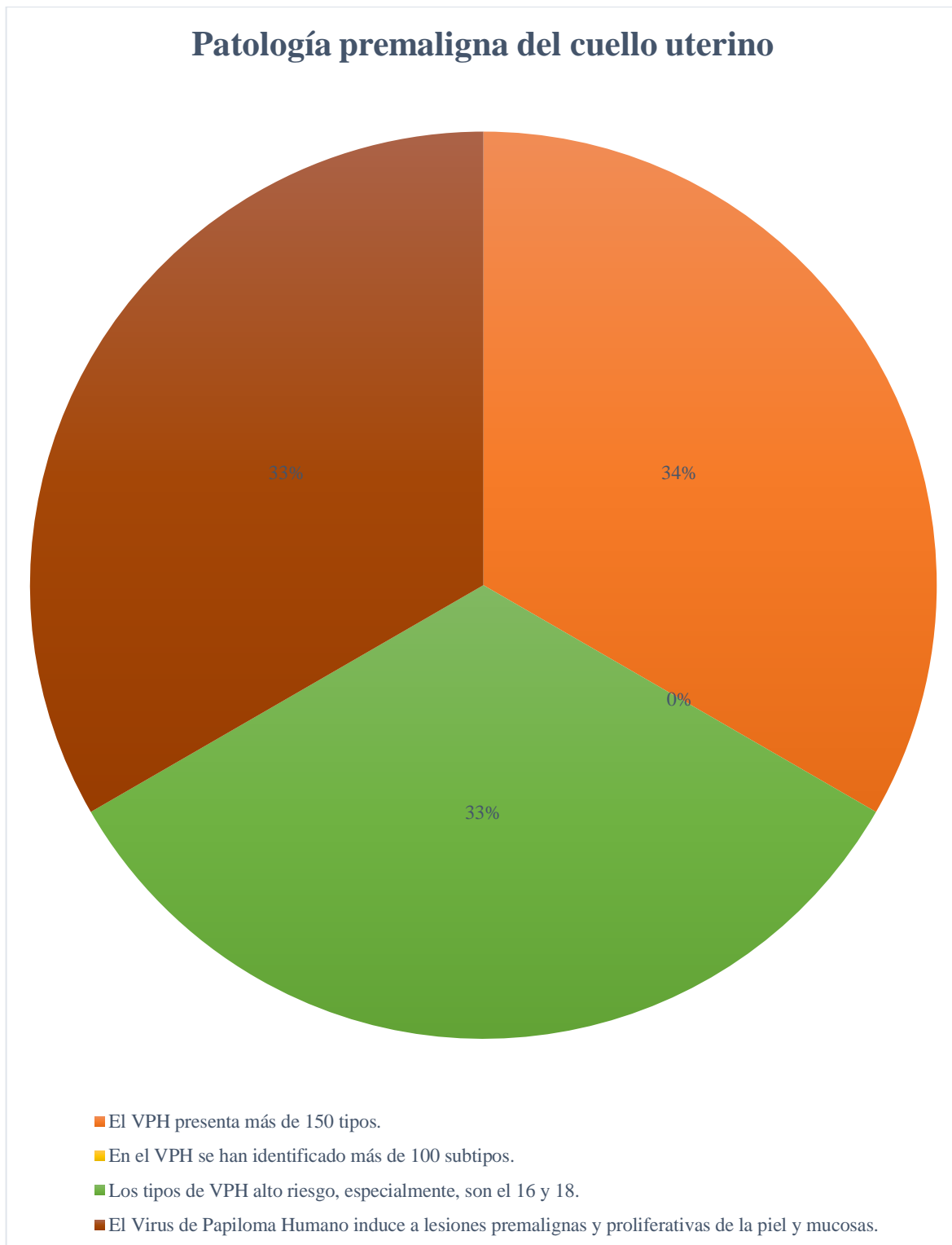
Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20, 21, 24}.

A continuación, se proporcionará un análisis exhaustivo de cada artículo y libro académico individualmente, destacando sus características fisiopatológicas. Además, se establecerán conexiones entre las distintas fuentes literarias, para resaltar cómo cada una se relaciona o no con la información presentada en las demás. Este enfoque permitirá obtener una comprensión integral y contextualizada de la literatura existente, identificando patrones que pueden enriquecer la comprensión general del tema en cuestión.

El siguiente gráfico se basa en el artículo sobre la Patología premaligna del cuello uterino. Se emplea un gráfico para facilitar la interpretación de los porcentajes, el cual establece una correlación porcentual en relación con las otras fuentes literarias, en lo que respecta a las características fisiopatológicas, de la siguiente manera:

- El VPH induce a lesiones premalignas y proliferativas de la piel y mucosas en un 33 %.
- El VPH presenta más de 150 tipos en un 34 %.
- En el VPH se han identificado más de 100 subtipos en un 0 %.
- Los tipos de VPH alto riesgo, especialmente, son el 16 y 18 en un 33 %.

Gráfico 1. *Relación de las características fisiopatológicas del artículo Patología premaligna del cuello uterino con respecto a otras literaturas*

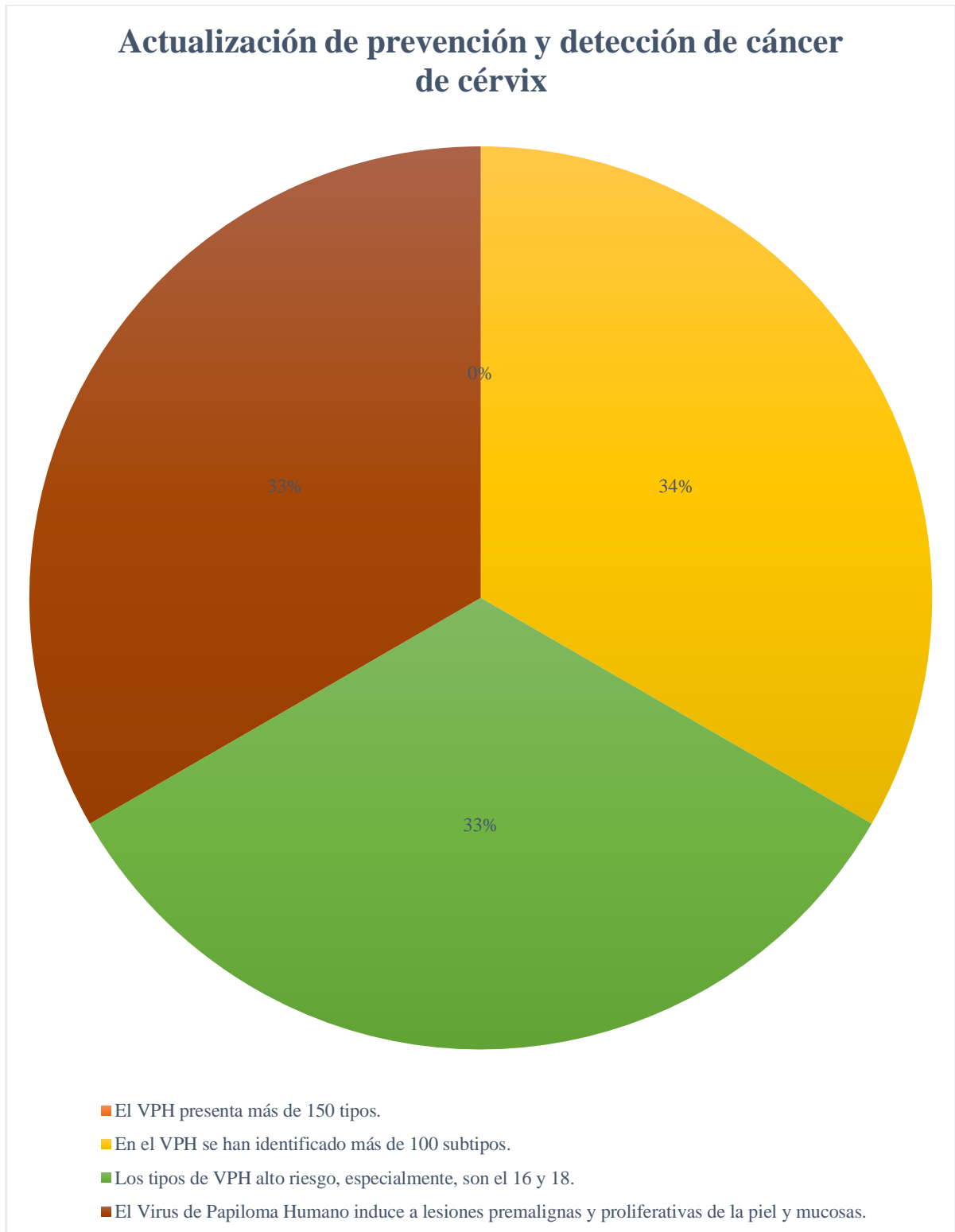


Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20, 21, 24}.

A continuación, se analiza el artículo sobre la Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix, mediante un gráfico, para una mejor interpretación. Se establece una relación porcentual, en comparación con otras fuentes literarias, en términos de las características fisiopatológicas, lo cual indica lo siguiente:

- El VPH induce a lesiones premalignas y proliferativas de la piel y mucosas, en un 33 %.
- El VPH presenta más de 150 tipos, en un 0 %.
- En el VPH se han identificado más de 100 subtipos, en un 34 %.
- Los tipos de VPH alto riesgo, especialmente, son el 16 y 18, en un 33 %.

Gráfico 2. *Relación de las características fisiopatológicas del artículo Actualización de prevención y detección del cáncer de cérvix con respecto a otras literaturas*

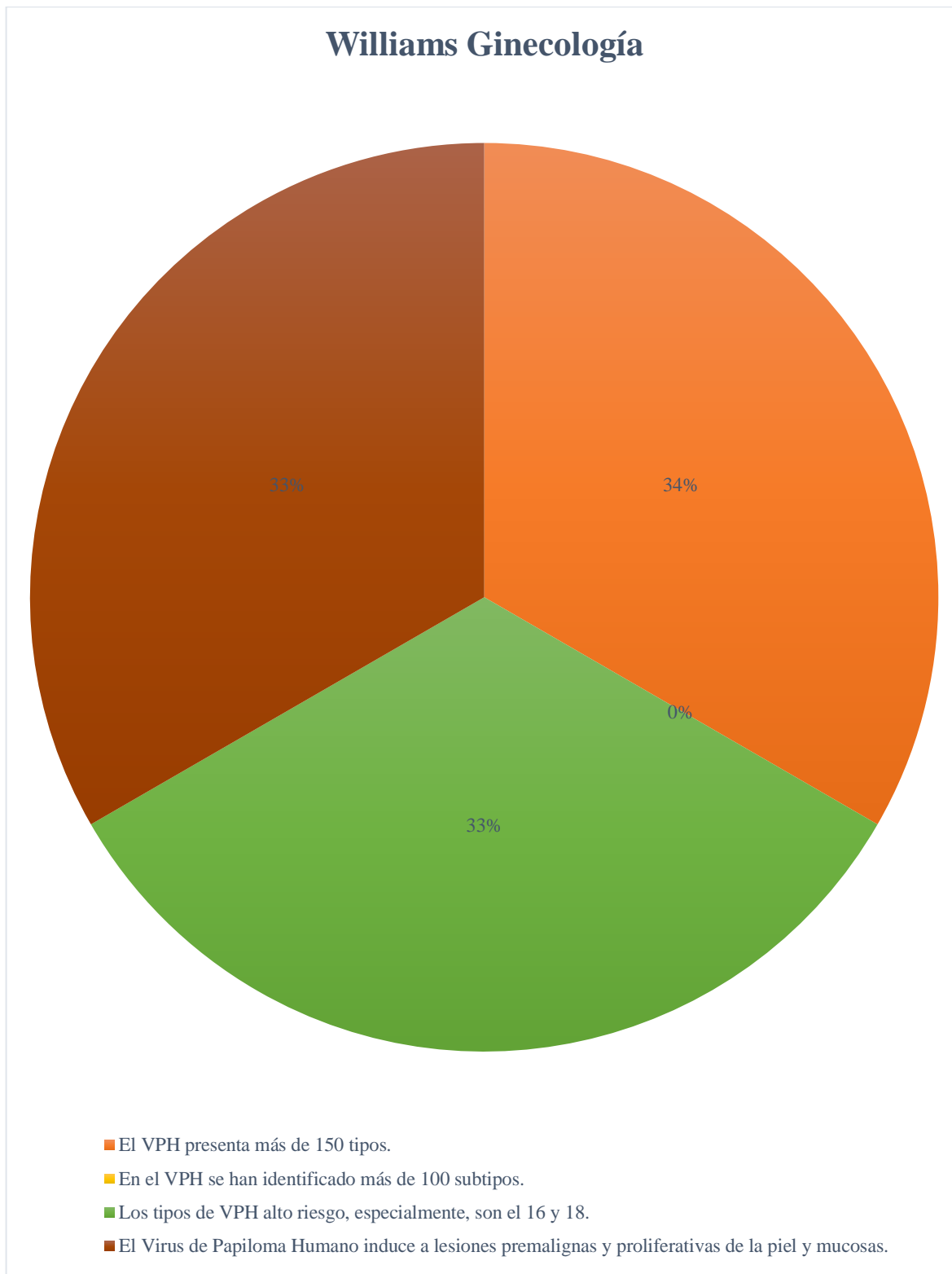


Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20,21,24}.

A continuación, se analiza el libro académico Williams ginecología, a través de un gráfico para una mejor interpretación, se establece una relación porcentual en comparación con otras fuentes literarias en términos de las características fisiopatológicas, en el cual menciona lo siguiente:

- El VPH induce a lesiones premalignas y proliferativas de la piel y mucosas, en un 33 %.
- El VPH presenta más de 150 tipos, en un 34 %.
- EL VPH se ha identificado más de 100 subtipos, en un 0 %.
- Los tipos de VPH alto riesgo, especialmente, son el 16 y 18, en un 33 %.

Gráfico 3. *Relación de las características fisiopatológicas del libro académico Williams ginecología con respecto a otras literaturas*

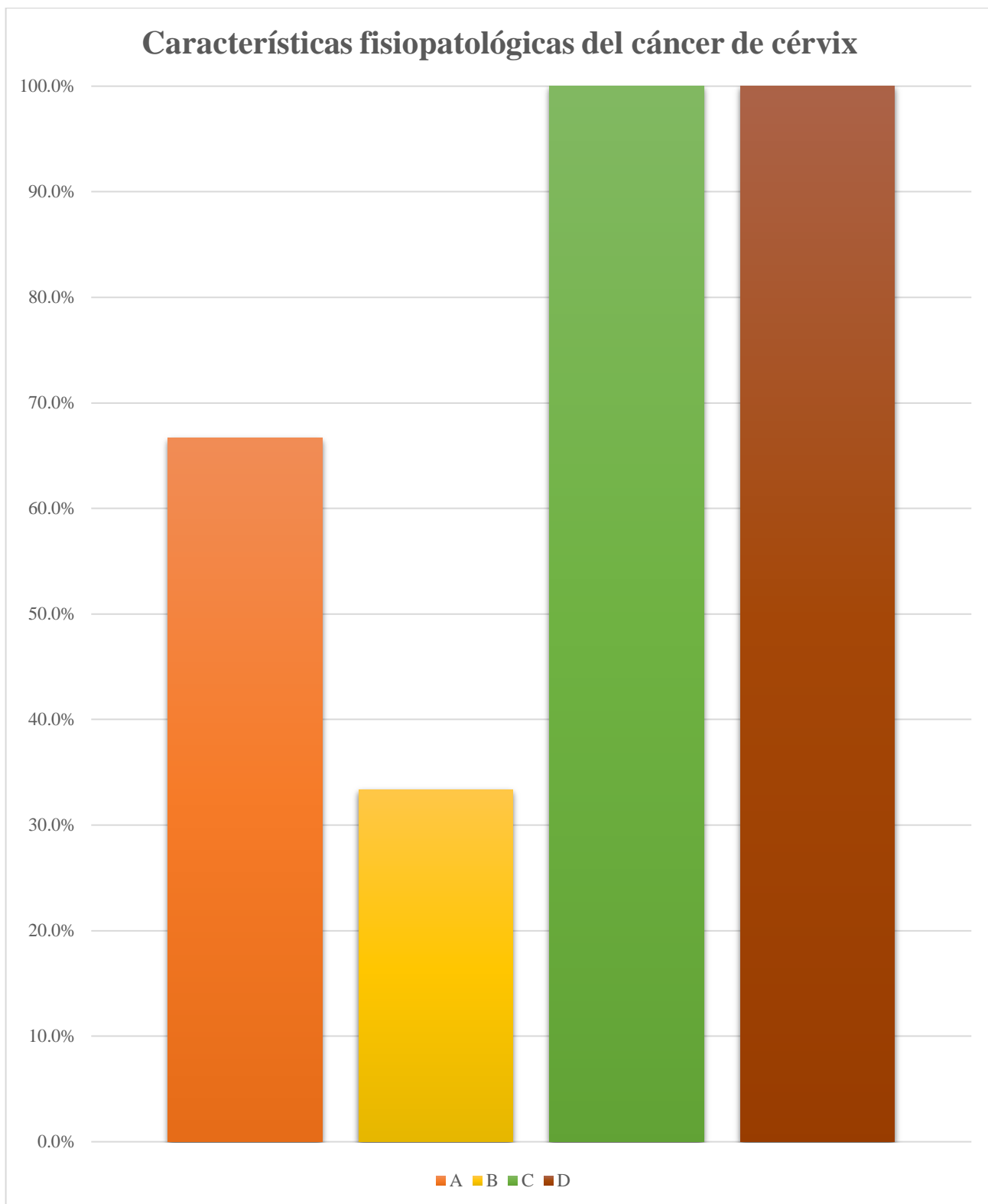


Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20, 21, 24}.

El gráfico que se presenta a continuación se fundamenta en las características fisiopatológicas del cáncer de cérvix. Cada característica fisiopatológica se encuentra vinculada con su respectivo identificador (A, B, C, D), y se incluye el porcentaje que indica el respaldo o la falta de respaldo por parte de los artículos y libro académicos, para cada una de las características fisiopatológicas.

Se ha resumido la información más predominante de las características fisiopatológicas de las tres revisiones bibliográficas. Además, se observó que, en la revisión exhaustiva de varias bibliografías, se proporciona una cantidad significativa de información sobre otros temas clínicos en lugar de las características fisiopatológicas.

Gráfico 4. Características fisiopatológicas del cáncer de cérvix y sus respectivos identificadores



Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{20, 21, 24}.

4.2 Recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix

La prevención y el manejo precoz de esta patología son pilares fundamentales para su control y reducción de su impacto en la salud de las mujeres. El presente objetivo específico se enfoca en la identificación precisa y minuciosa de las recomendaciones médicas actuales, que orientan el manejo preventivo del cáncer de cuello uterino.

La comprensión de las recomendaciones médicas específicas enriquecerá la propuesta de una guía técnica para fortalecer la prevención y el autocuidado de la mujer, asegurando, así un enfoque preventivo y terapéutico más efectivo en el manejo del cáncer de cuello uterino.

En un contexto médico y de salud pública en constante evolución, las recomendaciones presentan un papel crucial al proporcionar pautas actualizadas y basadas en evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de esta patología. Dichas recomendaciones abarcan una extensa gama de estrategias preventivas, incluyendo la vacunación contra el virus del papiloma humano, pruebas de detección de alto rendimiento y otras intervenciones destinadas a reducir la incidencia y mortalidad asociadas al cáncer de cuello uterino.

La guía con el título de Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, presenta un objetivo fundamental, el cual es: respaldar a los proveedores de servicios que trabajan para mitigar la carga del cáncer cervicouterino. Su enfoque se centra en dotar a los proveedores de atención médica, desde la comunidad hasta el hospital central, con conocimientos, mejores prácticas y habilidades de comunicación necesarios. La guía aborda integralmente la prevención del cáncer cervicouterino, abarcando tamizaje, tratamiento y cuidados paliativos, con un énfasis particular en proporcionar atención continua y completa²⁷.

Conforme a las directrices de la Organización Panamericana de la Salud, se destaca la vital importancia de los programas de prevención y control del cáncer de cuello uterino como parte integral de las iniciativas para abordar las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Aunque se reconoce la existencia de desigualdades en el acceso a servicios efectivos, se enfatiza la necesidad de programas integrales que engloben estrategias de prevención en diferentes niveles y aseguren el acceso a cuidados paliativos. Además, se resalta el propósito fundamental de cualquier programa completo: reducir la carga del cáncer de cuello uterino, mediante la disminución de infecciones

por el virus del papiloma humano, el cribado y tratamiento de lesiones precancerosas, y la atención oportuna del cáncer invasivo, junto con la provisión de cuidados paliativos²⁷.

La implementación de una prevención y un control eficaz del cáncer cervicouterino implica llevar a cabo una serie de acciones fundamentales, como se detallan en la siguiente ilustración, según las directrices de la Organización Panamericana de la Salud²⁷. Estas acciones son esenciales para abordar de manera integral el desafío del cáncer cervicouterino y garantizar la salud de las mujeres en diferentes comunidades. Cada una de estas medidas, respaldada por la experiencia y el conocimiento de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta a continuación, para destacar su importancia y contribución específica al objetivo general de reducir la carga de esta enfermedad. Este enfoque integral abarca desde la elaboración de políticas y directrices basadas en datos hasta la implementación de programas educativos, la administración de vacunas, hasta la organización del tamizaje y la promoción de sistemas de salud sólidos, con el objetivo último de lograr un impacto positivo en la salud pública y la calidad de vida de las mujeres en todo el mundo²⁷.

Ilustración 2. *Prevención y control eficaz del cáncer cervicouterino de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud conjunto a la Organización Mundial de la Salud*

Prevención y control eficaz del cáncer de cérvix según la OMS

Desarrollar y difundir políticas nacionales y directrices respaldadas por datos sobre la evolución de la enfermedad y su incidencia en diferentes grupos de edad.

Asignar recursos financieros y técnicos para implementar estas políticas, asegurando la accesibilidad y asequibilidad de los servicios para mujeres y niñas.

Ejecutar programas de educación pública y promoción de la prevención, que respalden la política nacional.

Involucrar a mujeres y niñas en grupos de edad específicos en programas de tamizaje y vacunación contra el VPH.

Administrar la vacuna contra el VPH como estrategia poblacional para niñas de 9 a 13 años.

Organizar el tamizaje de manera sistemática, y vincular los servicios de tamizaje al tratamiento del precáncer y cáncer invasor.

Implementar un sistema de gestión de información sanitaria con un plan de seguimiento y evaluación para monitorear logros, identificar deficiencias y brindar retroalimentación a gerentes y proveedores de atención sanitaria, permitiendo correcciones oportunas.

Establecer y mantener un sistema funcional de derivación de casos.

1. Fortalecer y operar de manera efectiva un sistema de salud integral.

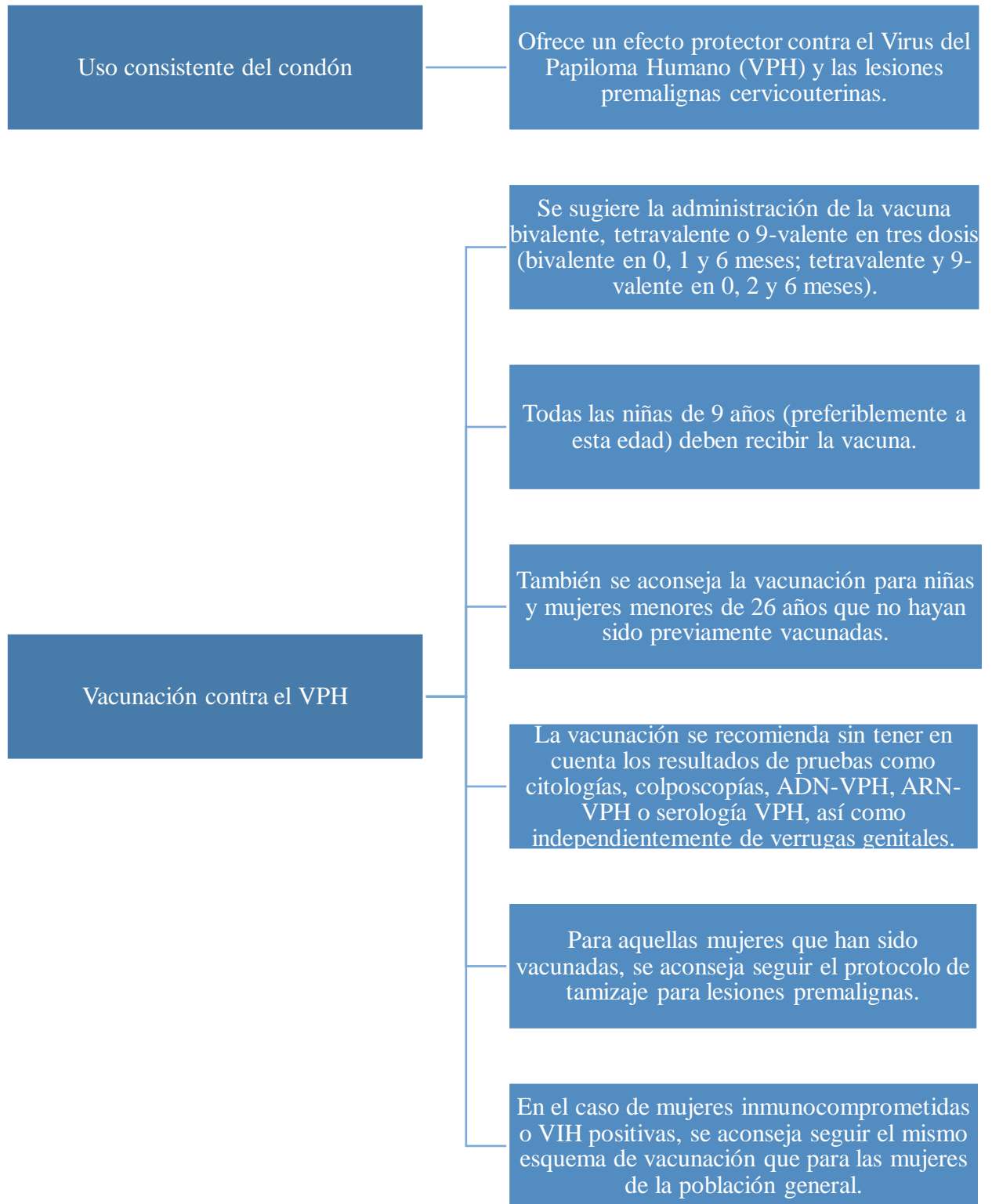
Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ²⁷.

La Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología tiene como objetivo proporcionar recomendaciones sobre las opciones más efectivas para prevenir y tratar lesiones premalignas, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad asociada al cáncer cervicouterino. Diversos estudios han revelado una estrecha relación entre las condiciones de vivienda, la ubicación geográfica, los factores ambientales y la salud general de las personas. Se ha observado que, según múltiples investigaciones, las mujeres que viven en áreas rurales y remotas tienen menos probabilidad de someterse a citologías a lo largo de su vida³¹.

Es importante destacar que algunos estudios citados en la misma revisión contradicen este hallazgo, especialmente aquellos realizados en Malasia. En estos casos, se encontró que las mujeres que residían en áreas rurales y enfrentaban desventajas socioeconómicas, tenían una mayor probabilidad de haberse sometido recientemente a una citología, en comparación con las mujeres que vivían en zonas urbanas³¹.

En la prevención primaria, según Orozco et al.³¹, es esencial considerar algunas sugerencias fundamentales como una medida preventiva, las cuales se van a detallar explícitamente a través de la siguiente ilustración.

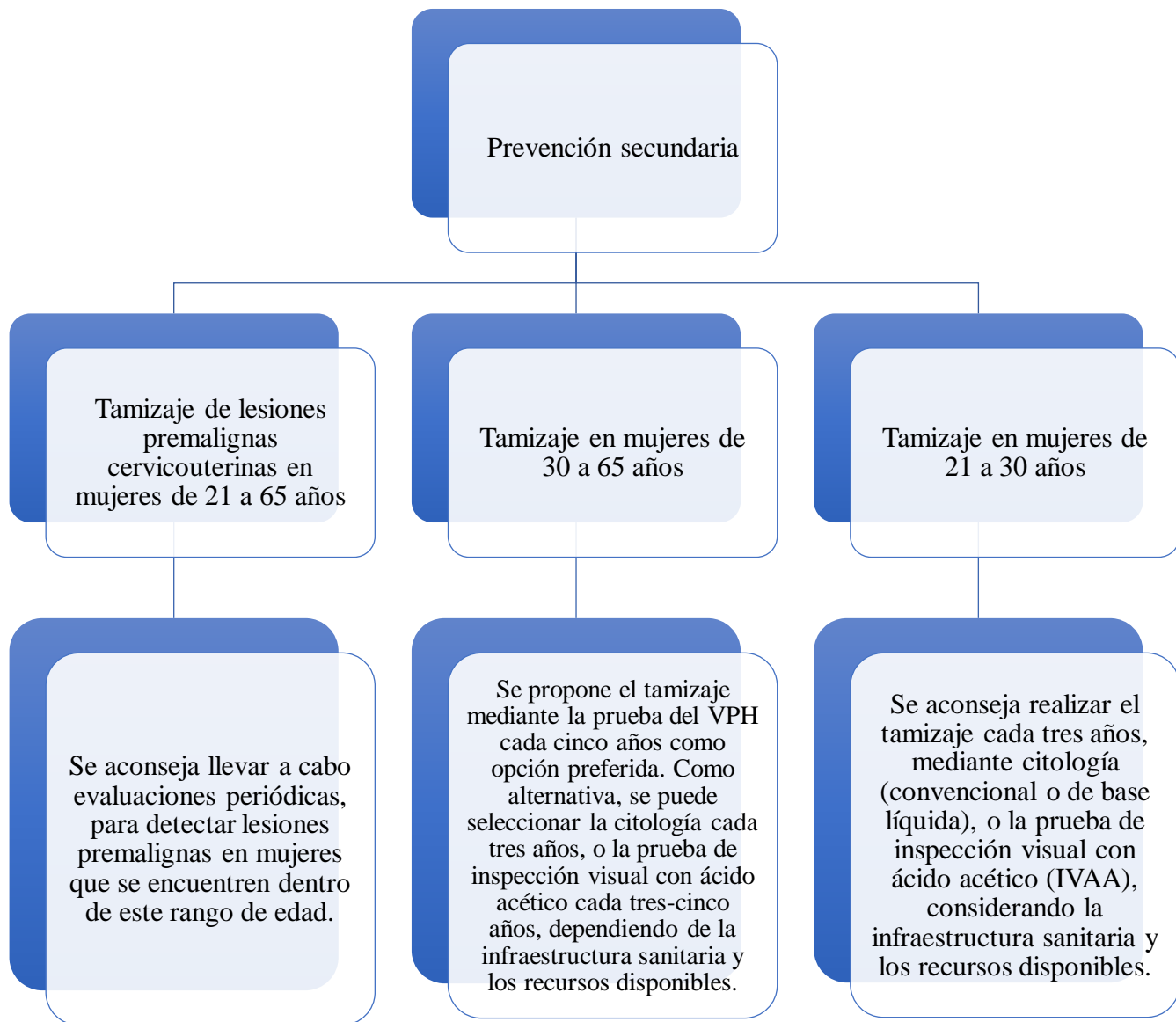
Ilustración 3. Medidas preventivas en la prevención primaria, de acuerdo con la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³¹.

En cuanto a la prevención secundaria, Orozco et al.³¹ resaltan otras recomendaciones esenciales que actúan como un recurso valioso, siendo fundamentales para la detección temprana de lesiones premalignas cervicouterinas. Estas sugerencias no solo contribuyen a la identificación precoz de anomalías, sino que también desempeñan un papel crucial en la atención integral de la salud cervical, garantizando un seguimiento adecuado y la aplicación oportuna de medidas preventivas. El tamizaje efectivo basado en estas recomendaciones se erige como una herramienta valiosa en la lucha contra el cáncer cervicouterino, destacando la importancia de acciones proactivas en la atención de la salud de las mujeres. Las siguientes recomendaciones en la prevención secundaria se presentarán en la siguiente ilustración, con el fin de un mejor entendimiento del tema.

Ilustración 4. Medidas preventivas en la prevención secundaria, de acuerdo con la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³¹.

La Sociedad Europea de Oncología Ginecológica (ESGO), en colaboración con la Sociedad Europea de Radioterapia y Oncología (ESTRO) y la Sociedad Europea de Patología (ESP), ha desarrollado directrices respaldadas por evidencia para la gestión del cáncer de cuello uterino. Ante la considerable cantidad de nueva evidencia sobre el tratamiento de esta enfermedad, estas tres sociedades han decidido actualizar conjuntamente dichas directrices basadas en evidencia. Esta actualización aborda nuevos temas, con el propósito de ofrecer una orientación integral que cubra todos los aspectos relevantes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino³².

Según lo indicado por Cibula et al.³², las recomendaciones institucionales para la prevención del cáncer de cuello uterino se basan en los siguientes principios clave, que se describirán en la próxima ilustración.

Ilustración 5. *Recomendaciones institucionales para la prevención del cáncer de cuello uterino de acuerdo con la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica (ESGO)*

Centralización de la atención

- Se fomenta la centralización de la atención en centros especializados y redes de derivación, asegurando, así, un enfoque altamente especializado y coordinado para el tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Planificación multidisciplinaria

- La planificación del tratamiento debe llevarse a cabo de manera multidisciplinaria, por lo general, en reuniones de la junta de tumores definidas en los indicadores de calidad de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica (ESGO).
- Debe fundamentarse en un conocimiento completo y preciso de los factores pronósticos y predictivos del resultado oncológico, además de tener en cuenta los posibles efectos secundarios y la calidad de vida.

Asesoramiento detallado a los pacientes

- Es fundamental proporcionar una asesoría completa a los pacientes, acerca del plan de tratamiento propuesto y las posibles alternativas, lo que incluye la comprensión de los riesgos y beneficios asociados con cada opción.

Equipo especializado

- El tratamiento debe ser llevado a cabo por un equipo especializado, compuesto por expertos dedicados al diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, garantizando, así, una atención óptima y personalizada.

Participación en ensayos clínicos

- Se promueve la participación de pacientes con cáncer de cuello uterino en ensayos clínicos, con la finalidad de contribuir al progreso del conocimiento y las opciones terapéuticas disponibles para esta enfermedad.

Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³².

De acuerdo con la revisión bibliográfica de las actuales guías médicas, las cuales son: Guía de la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud; Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología; y Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica, estas guías mencionadas ofrecen numerosas directrices, a cubrir tanto aspectos médicos como institucionales, con el propósito de prevenir el cáncer de cuello uterino. Además, en las tablas siguientes, se exponen diversas recomendaciones junto con el porcentaje de las guías que respaldan dichas recomendaciones, o se indican casos en los que no se dispone de información que respalde dicha recomendación^{27, 31, 32}.

En la tabla que está enseguida, se presentan de manera más detallada las principales recomendaciones médicas actuales, acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix, provenientes de las tres guías mencionadas previamente, acompañadas de sus correspondientes identificadores, con el fin de facilitar la comprensión del gráfico.

Tabla 12. *Identificadores con sus respectivas recomendaciones médicas e institucionales*

Identificador	Principales recomendaciones médicas e institucionales
A	Fomentar el uso de condón en aquellos que sean sexualmente activos.
B	Administrar la vacuna a niñas entre 9 y 13 años, antes de que inicien su vida sexual.
C	Implementar la circuncisión masculina en los casos pertinentes y adecuados.
D	Aplicación de un plan de tratamiento adecuado a cada etapa, según el diagnóstico.
E	Elaboración y difusión de una política nacional, basadas en datos sobre la evolución de la enfermedad y la incidencia en diferentes grupos de edad.
F	Impartir capacitación a todos los proveedores de atención médica, permitiéndoles que puedan explicar correctamente a los pacientes acerca de los procedimientos.

G	Ofrecer información precisa a la comunidad, en un lenguaje claro y comprensible, para fomentar la asistencia de las personas de los grupos objetivos a estos servicios.
H	Elaboración de herramientas educativas acerca de la sexualidad saludable.

Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27, 31, 32}.

En la tabla que se muestra a continuación, se exhiben las tres guías previamente mencionadas. La palabra " Sí" denota el respaldo de la guía a una recomendación específica, mientras que "No" indica que la guía no respalda esa recomendación específica. Además, cada entrada en la tabla va acompañada de un identificador, que corresponde a una recomendación previamente mencionada en la tabla anterior.

Tabla 13. *Guías médicas actuales para la prevención del cáncer de cérvix y su respectivo identificador*

Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales	Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología	Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica	Identificador
Sí	Sí	No	A
Sí	Sí	No	B
Sí	No	No	C
Sí	Sí	Sí	D
Sí	No	No	E
Sí	Sí	Sí	F
Sí	No	No	G
Sí	Sí	No	H

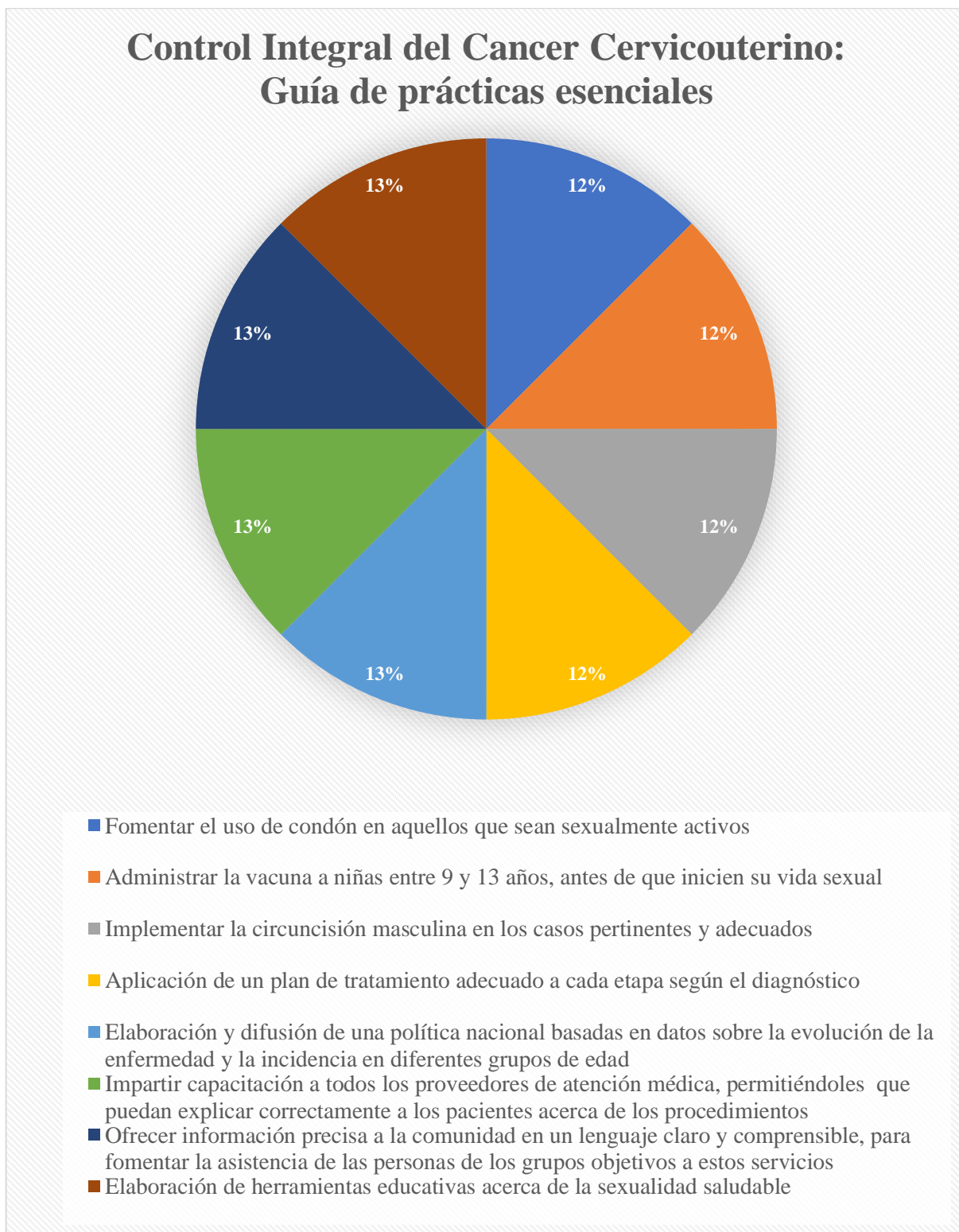
Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27, 31, 32}.

Se concluye que cada guía ofrece varias recomendaciones médicas e institucionales, siendo que la mayoría de ellas comparten similitudes, aunque algunas difieren. Por dicha razón,

comprender estas variaciones, mediante gráficos, resulta crucial para obtener una comprensión sólida del tema. Asimismo, es relevante conocer la importancia de las recomendaciones médicas proporcionadas por cada guía, para garantizar un manejo adecuado de la información.

La Guía de control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, presenta todas las recomendaciones médicas e institucionales identificadas anteriormente. A continuación, mediante el gráfico que sigue, se procederá a presentar visualmente la información de manera detallada.

Gráfico 5. Porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la guía: Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales



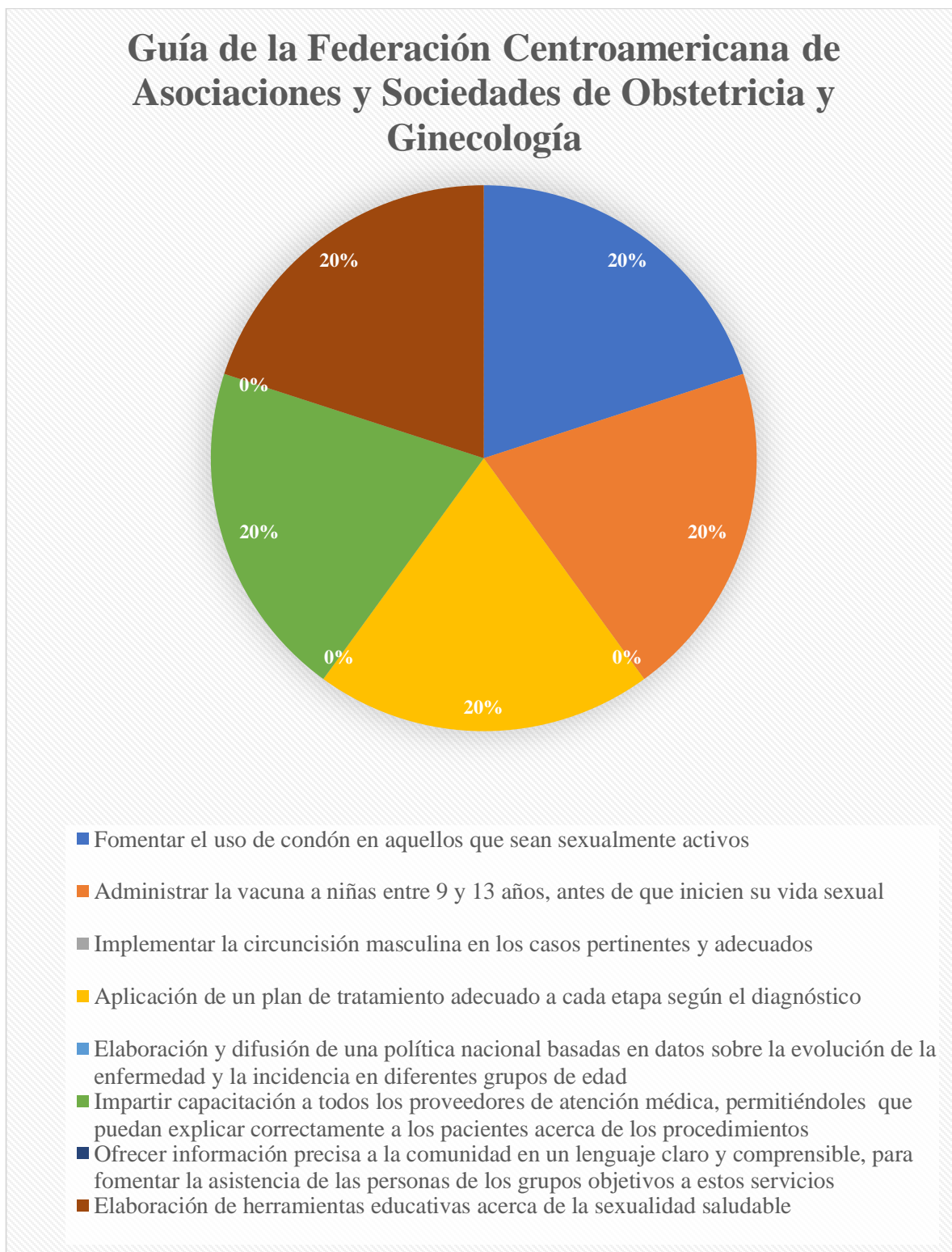
Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27,31,32}.

En la elaboración de la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología, se enfatiza la importancia de detectar de manera temprana a pacientes con lesiones premalignas desde el primer contacto con el sistema de salud. Este enfoque contribuiría a un diagnóstico más temprano de lesiones, lo que a su vez se traduciría en una disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Un único examen de salud, ya sea por medio de citología u otras técnicas, puede tener un impacto significativo en la vida de una mujer³¹.

En relación con la presente guía, se proporciona un resumen de diversas recomendaciones que varían en su grado de respaldo, ya sea débil o fuerte. Además, las recomendaciones están basadas en la prevención primaria y secundaria, y ofrecen pautas para abordar resultados positivos en el tamizaje. Lo notable que se identificó en la guía es que presenta diversas recomendaciones respaldadas por expertos, algunas de las cuales tienen un apoyo más fuerte que otras³¹.

En la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología, no se encuentran tres de las recomendaciones médicas e institucionales, previamente identificadas. Seguidamente, se utilizará el gráfico 6 para exponer, visualmente, de manera explícita, esta información.

Gráfico 6. Porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la Guía de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedad de Obstetricia y Ginecología



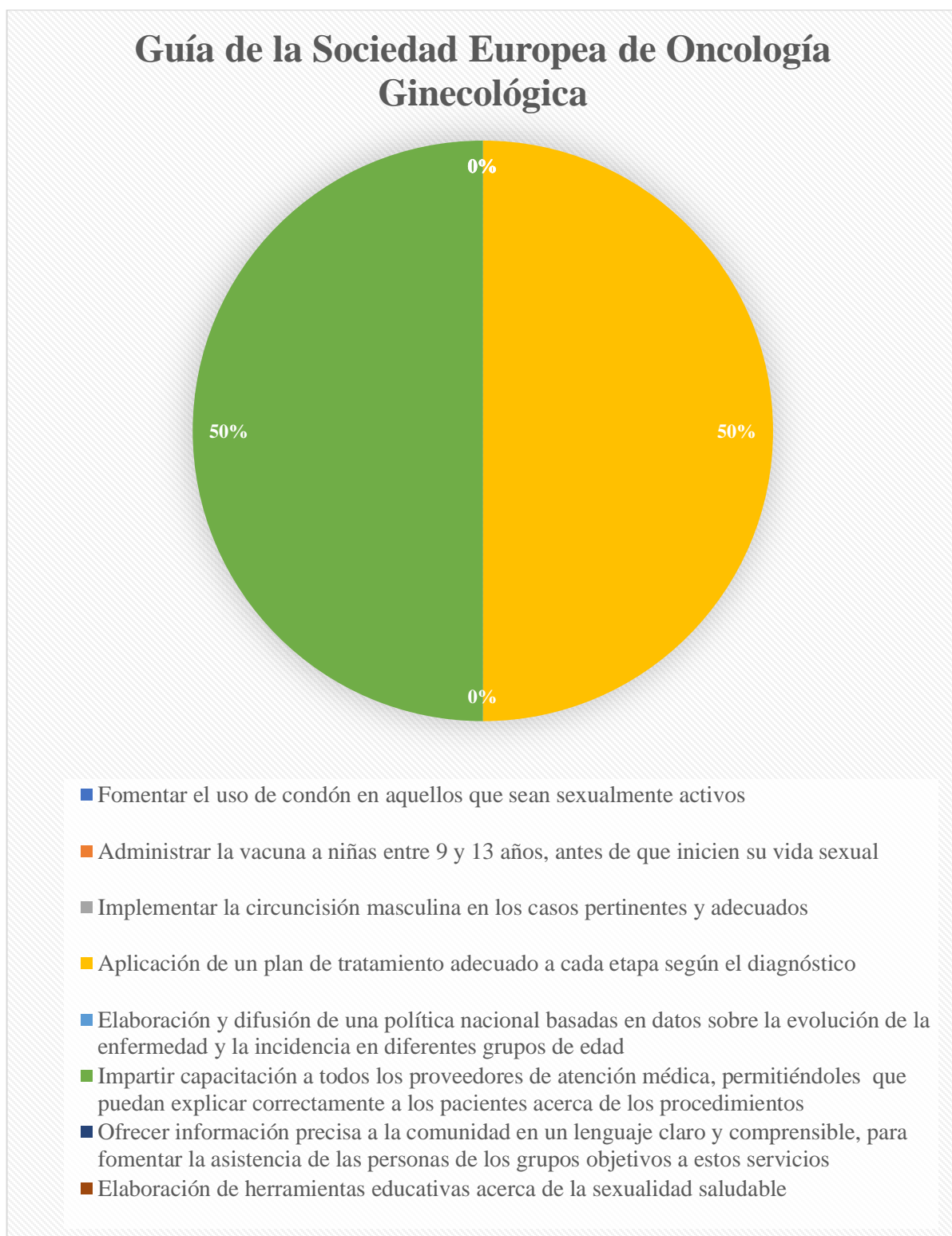
Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27, 31, 32}.

La Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica presenta directrices actualizadas exhaustivas que abordan aspectos que incluyen la estadificación, el manejo, el seguimiento, la supervivencia a largo plazo, la calidad de vida y los cuidados paliativos del cáncer de cuello uterino. El tratamiento contempla estrategias para preservar la fertilidad, así como enfoques para el cáncer de cuello uterino en etapas tempranas y avanzadas, localmente. También aborda casos específicos, como el cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticado mediante una muestra de histerectomía simple, el cáncer de cuello uterino durante el embarazo, los tumores raros y las enfermedades recurrentes y metastásicas. Adicionalmente, la guía incluye algoritmos de manejo, y define los principios clave de radioterapia y evaluación patológica³².

Por consiguiente, se identifica que esa guía se centra principalmente en aspectos como el tamizaje, los tratamientos y el cuidado del paciente, en lugar de poner un énfasis significativo en la prevención de la patología cervicouterina.

En la Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica, no se incluyen seis de las recomendaciones médicas e institucionales que fueron identificadas con anterioridad. A continuación, se empleará el siguiente gráfico, para presentar de manera clara y visual esta información, acerca del porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la mencionada guía.

Gráfico 7. *Porcentaje de recomendaciones médicas e institucionales en la Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica*

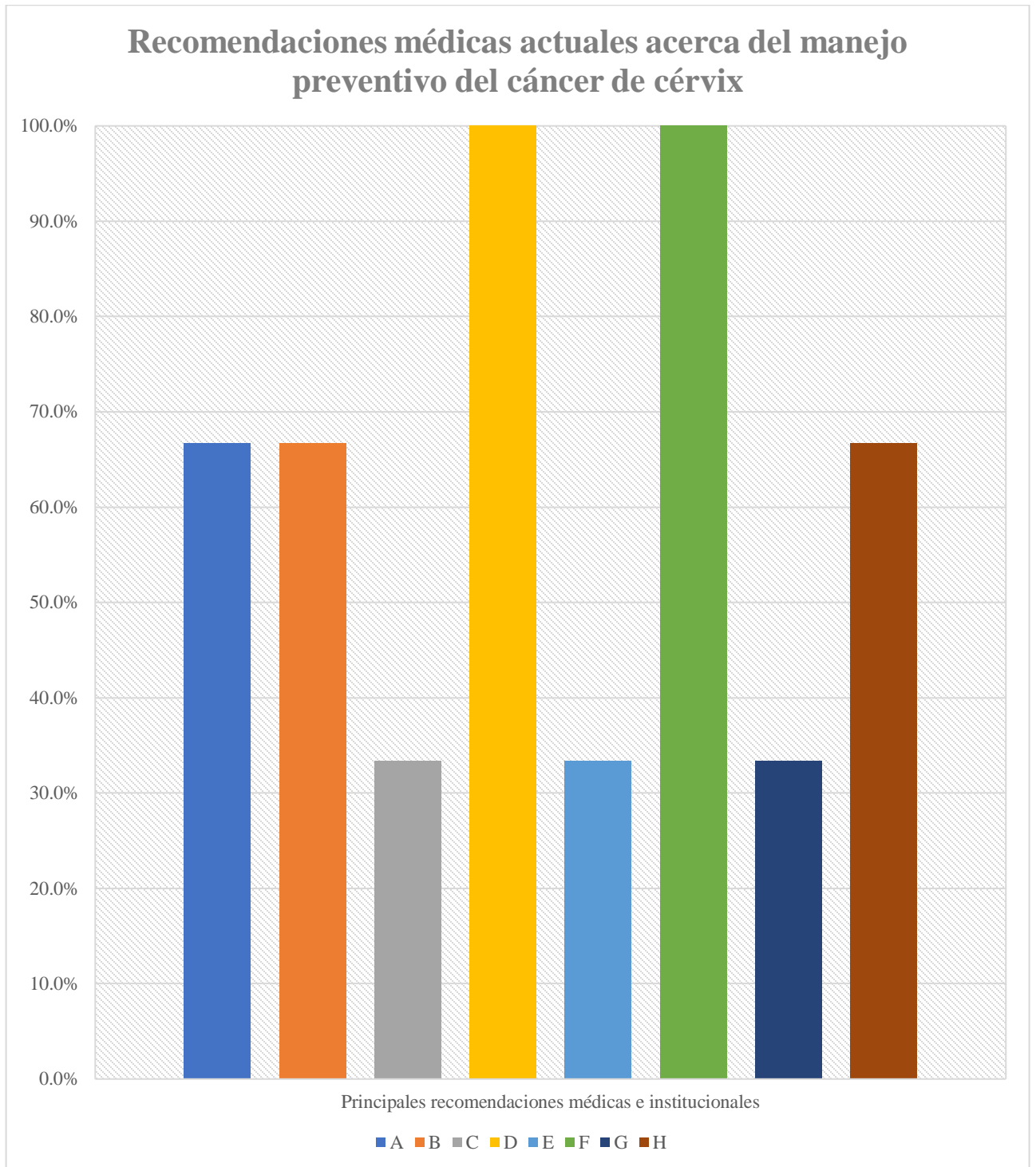


Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27,31,32}.

Se determina que las guías denominadas Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica y Guía de Control Integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales, destacan más en aspectos relacionados con la prevención cervicouterina. Por otro lado, la Guía de la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica muestra un enfoque principal hacia el tamizaje, los cuidados paliativos, el tratamiento y la atención general de las pacientes.

El gráfico que se presenta a continuación se fundamenta en las recomendaciones médicas actuales, acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix. Cada recomendación se encuentra vinculada con su respectivo identificador (A, B, C, D, E, F, G, H), y se incluye el porcentaje que indica el respaldo o la falta de respaldo por parte de las guías para cada una de las recomendaciones mencionadas. El gráfico incluye las tres guías, con el objetivo de facilitar una comparación efectiva de la información.

Gráfico 8. *Recomendaciones médicas actuales acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix*



Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27, 31, 32}.

Alrededor de las tres guías mencionadas, se determinó una amplia información de recomendaciones médicas, muchas basándose en la prevención primaria, secundaria y terciaria, para lograr tener un excelente condicionamiento a la paciente en el debido proceso. Las recomendaciones presentan en un gran porcentaje similitudes entre sí.

Es importante señalar que, en la revisión bibliográfica de las tres guías, se destaca que la principal atención se centra en la vacunación de niñas menores de 9 a 13 años, aunque también se recomienda para mujeres menores de 26 años, quienes aún no hayan recibido la vacuna anteriormente^{27, 31, 32}.

Vale la pena mencionar que, según un capítulo del libro Patología premaligna del cuello uterino, de González Merlo Ginecología, las vacunas disponibles contra el VPH han demostrado ser altamente eficaces (>95 %, especialmente en mujeres no expuestas). Asimismo, se ha comprobado su efectividad en la prevención de lesiones premalignas en la vagina, vulva y ano, así como en la reducción de verrugas genitales, tanto en mujeres como en hombres²¹.

El mencionado enfoque destaca que, si bien las recomendaciones médicas se centran principalmente en la vacunación de mujeres, es relevante exponer la importancia de la vacunación en los hombres, ya que esto podría contribuir a reducir la propagación del VPH de manera efectiva.

4.2.1 Recomendaciones en la detección del cáncer de cérvix en América Latina

Inicialmente, es relevante tener en cuenta las recomendaciones médicas generales para la población de Costa Rica; esto se debe a que, según una revisión bibliográfica realizada en el 2022 por los autores Fernández et al.³³, se ha observado que las directrices actualizadas disponibles sobre las guías de tamizaje en Costa Rica datan de 2007, de acuerdo con la actualización de las guías de detección del cáncer de cuello uterino en América Latina, 2021. Por este motivo, se elaboran unas tablas y gráficos que ilustran una comparación entre las directrices de detección de Costa Rica y de otros países de Centroamérica, específicamente Guatemala y Honduras, que cuentan con directrices más actuales de los años 2020 y 2015, respectivamente³³.

La siguiente tabla determina a tres países centroamericanos, Honduras, Costa Rica y Guatemala con sus respectivas recomendaciones para la población general, con base en las políticas de detección del cáncer cervicouterino en América Latina. Se identifica con un "Sí" si la recomendación es aplicable en el país correspondiente, y con un "No" si no lo es.

Tabla 14. Principales recomendaciones para la población general con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina

Honduras	Costa Rica	Guatemala	Principales recomendaciones para la población general
No	Sí	No	El tamizaje se basa en citología.
No	Sí	No	La edad de la población objetivo es de mayores de 20 años.
No	Sí	No	El intervalo de detección es cada dos años.
Sí	No	Sí	El tamizaje se basa en citología y prueba de virus de papiloma humano.
Sí	No	Sí	Una estrategia de detección se realiza con una inspección visual con ácido acético.

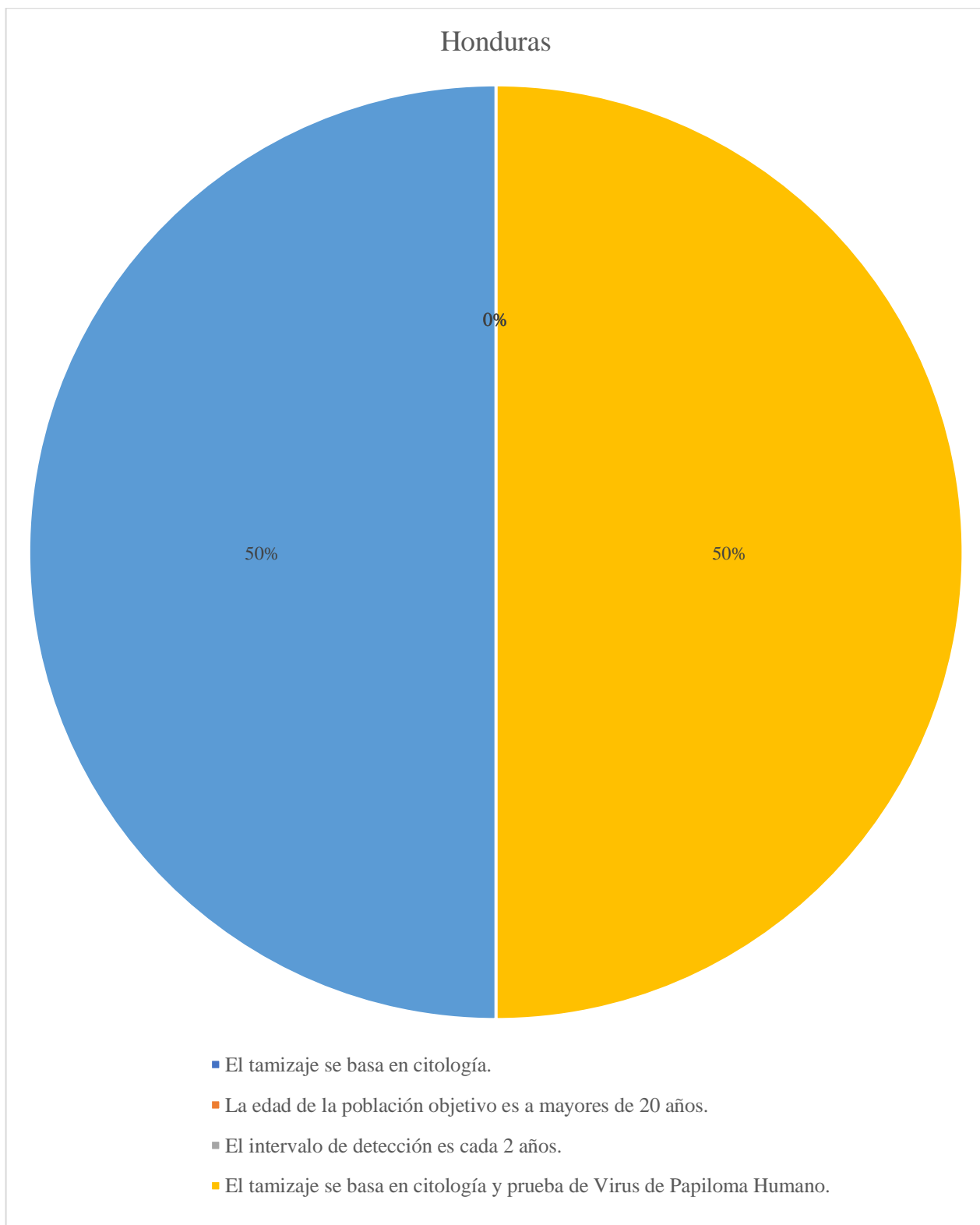
Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³³.

En la comparación de los países Honduras, Guatemala y Costa Rica con las respectivas recomendaciones para la población general, con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina, se observan diferencias fundamentales en la aplicación de estas recomendaciones entre los países. Estas divergencias se explicarán detalladamente en los gráficos siguientes.

A continuación, se presenta el gráfico de Honduras, en el cual solamente apoya las siguientes recomendaciones:

- El tamizaje se base en citología y prueba de virus de papiloma humano.
- Una estrategia de detección se realiza con una inspección visual con ácido acético.

Gráfico 9. Comparación de recomendaciones con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina con respecto a Honduras



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³³.

Seguidamente, de acuerdo con la Caja Costarricense de Seguro Social³⁴, la estructura del Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) se basa en tres objetivos fundamentales, cada uno de los cuales desempeña un papel crucial en la estrategia para hacer frente al cáncer de manera efectiva:

1. Fomentar la adopción de estilos de vida saludables en la población: este objetivo se centra en promover la adopción de prácticas y comportamientos que reduzcan el riesgo de desarrollar cáncer. Incluye actividades educativas y de concienciación, destinadas a fomentar hábitos de vida saludables, como mantener una dieta equilibrada, practicar actividad física regular, evitar el consumo de tabaco y moderar la ingesta de alcohol, entre otros.
2. Facilitar el acceso a los servicios de salud: el segundo objetivo es garantizar que la población tenga un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud necesarios para prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Esto implica asegurar la disponibilidad de servicios de salud cercanos, accesibles y de calidad para toda la población.
3. Mejorar la gestión de pacientes: el tercer objetivo se enfoca en optimizar la atención y el manejo de los pacientes con cáncer. Esto implica una coordinación eficaz entre los diferentes profesionales de la salud involucrados, la implementación de protocolos de tratamiento actualizados y un seguimiento adecuado, para garantizar una atención integral y continua.

Estos tres propósitos se conectan de manera integral para afrontar el desafío del cáncer desde diversas perspectivas. En su conjunto, estos objetivos conforman un enfoque integral que aborda la problemática del cáncer y su impacto en la población, procurando no solo prevenir su incidencia, sino también optimizar el manejo y la atención de quienes ya han sido afectados por esta enfermedad. Este marco integral busca no solo reducir la prevalencia del cáncer, sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes, y fortalecer la respuesta del sistema de Salud frente a esta enfermedad³⁴.

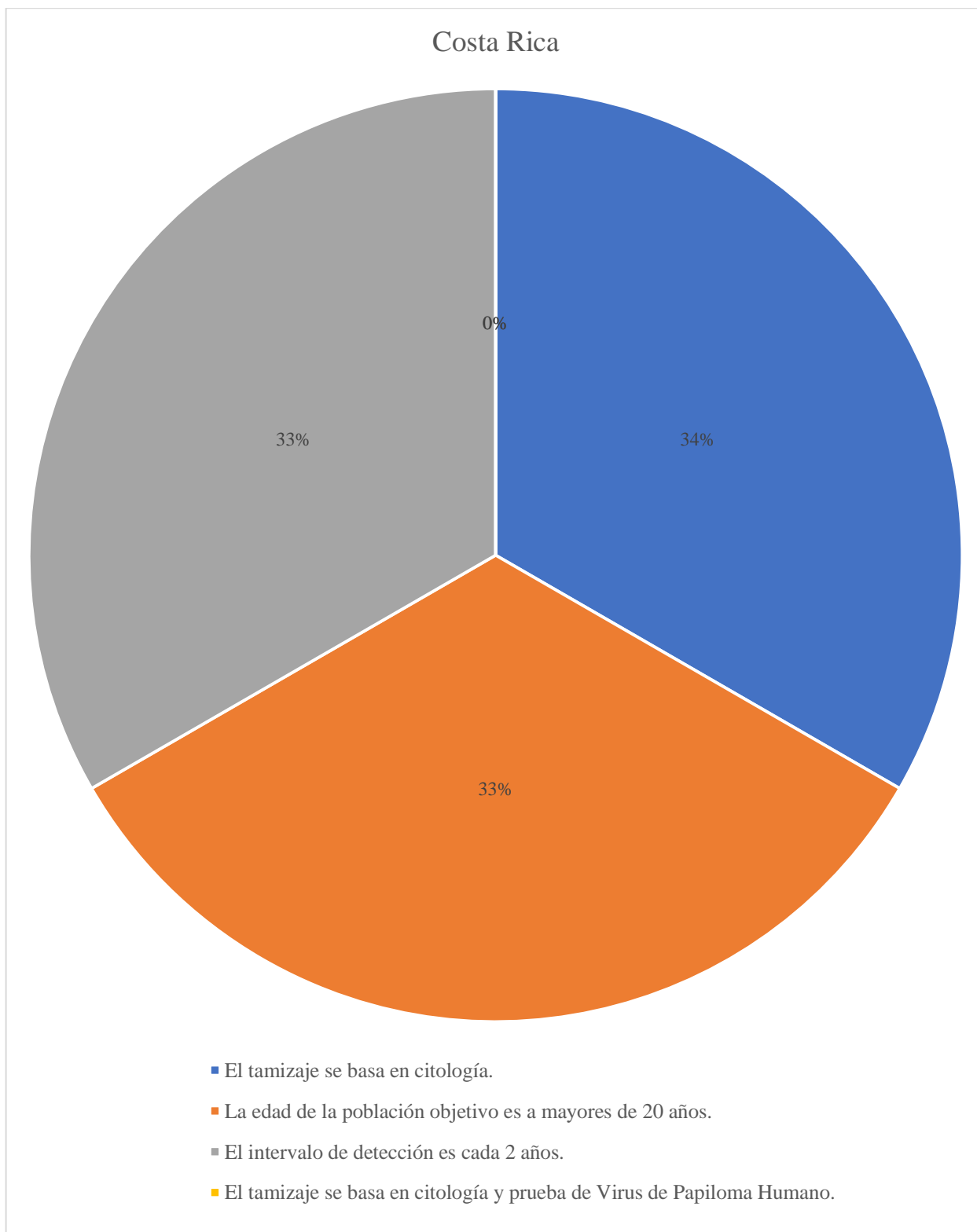
Los factores cruciales para la eficacia de las redes de atención médica en Costa Rica implican fortalecer el primer nivel de atención, mejorando su accesibilidad y capacidad para funcionar como el punto de entrada primordial al sistema de salud. Además, se busca potenciar el segundo nivel, haciendo especial hincapié en su capacidad para la detección y diagnóstico eficientes del cáncer.

Una prioridad adicional radica en establecer, de manera precisa, los roles y competencias específicos de los diversos centros dentro de la red, lo que incluye hospitales nacionales, adaptando las intervenciones según el nivel de complejidad de cada uno. Se impulsa la creación de mecanismos coordinados entre los establecimientos de la red, facilitando la gestión conjunta de funciones clínicas, administrativas, logísticas y financieras. El objetivo final es alcanzar los propósitos compartidos de la red, promoviendo, así, una atención médica más integrada y eficaz³⁴.

A continuación, se halla el gráfico correspondiente a Costa Rica, en el cual solamente se indican las siguientes recomendaciones:

- El tamizaje se basa en citología.
- La edad de la población objetivo es a mayores de 20 años.
- El intervalo de detección es cada dos años.

Gráfico 10. Comparación de recomendaciones con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina con respecto a Costa Rica



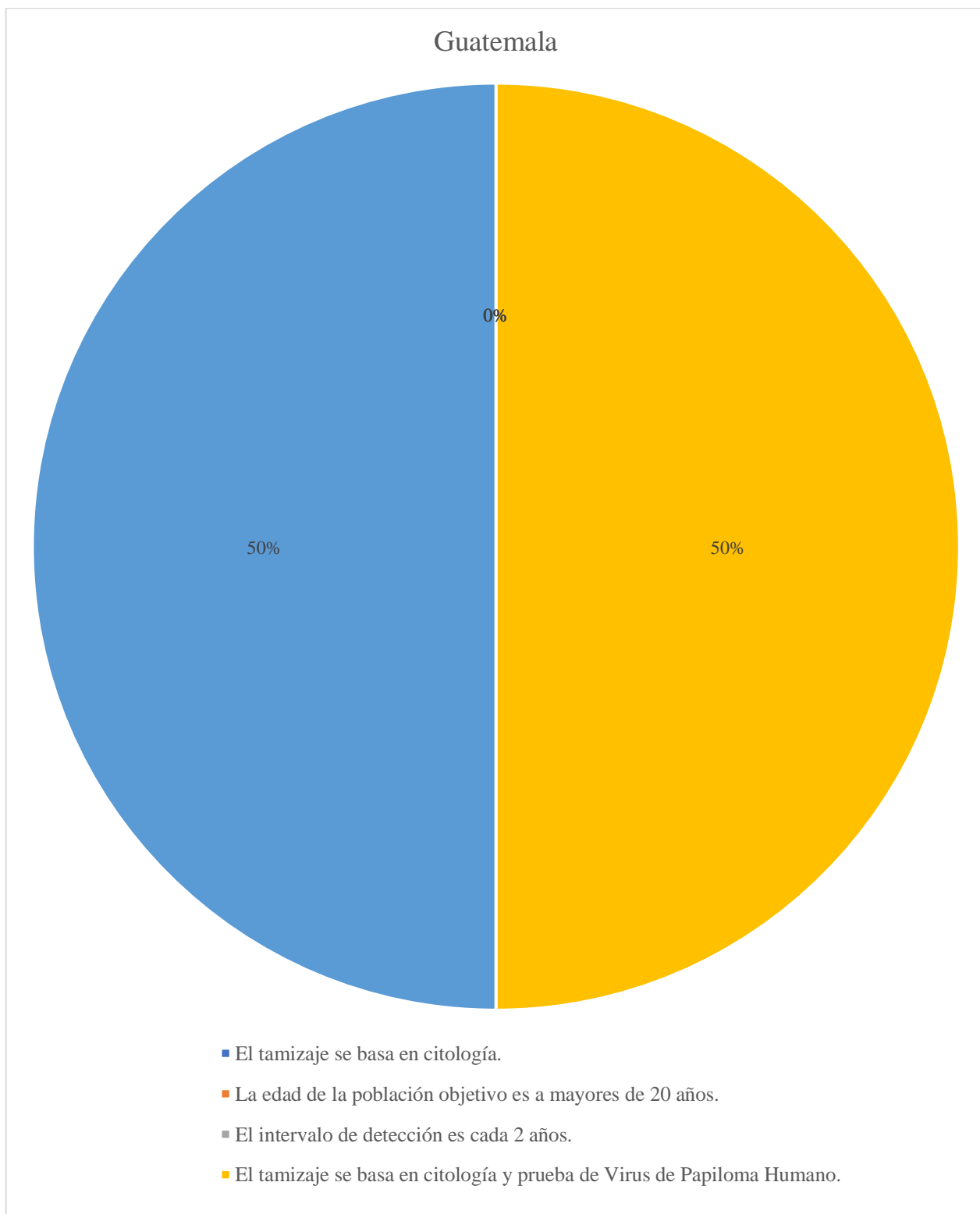
Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³³.

Es de suma importancia considerar las comparaciones entre los tres países: Costa Rica, Guatemala y Honduras. Se observa que Guatemala y Honduras respaldan las mismas recomendaciones, en términos de políticas para la prevención del cáncer de cérvix. En contraste, Costa Rica adopta un enfoque opuesto a estas recomendaciones, ya que basa sus pautas de detección del cáncer de cuello uterino en una actualización del año 2007. Estas directrices, al ser relativamente antiguas, no reflejan plenamente los avances y descubrimientos más recientes en la comprensión y prevención de esta patología.

Posteriormente, se exhibe el gráfico correspondiente a Guatemala, el cual respalda exclusivamente las siguientes recomendaciones:

- El tamizaje se base en citología y prueba de virus de papiloma humano.
- Una estrategia de detección se realiza con una inspección visual con ácido acético.

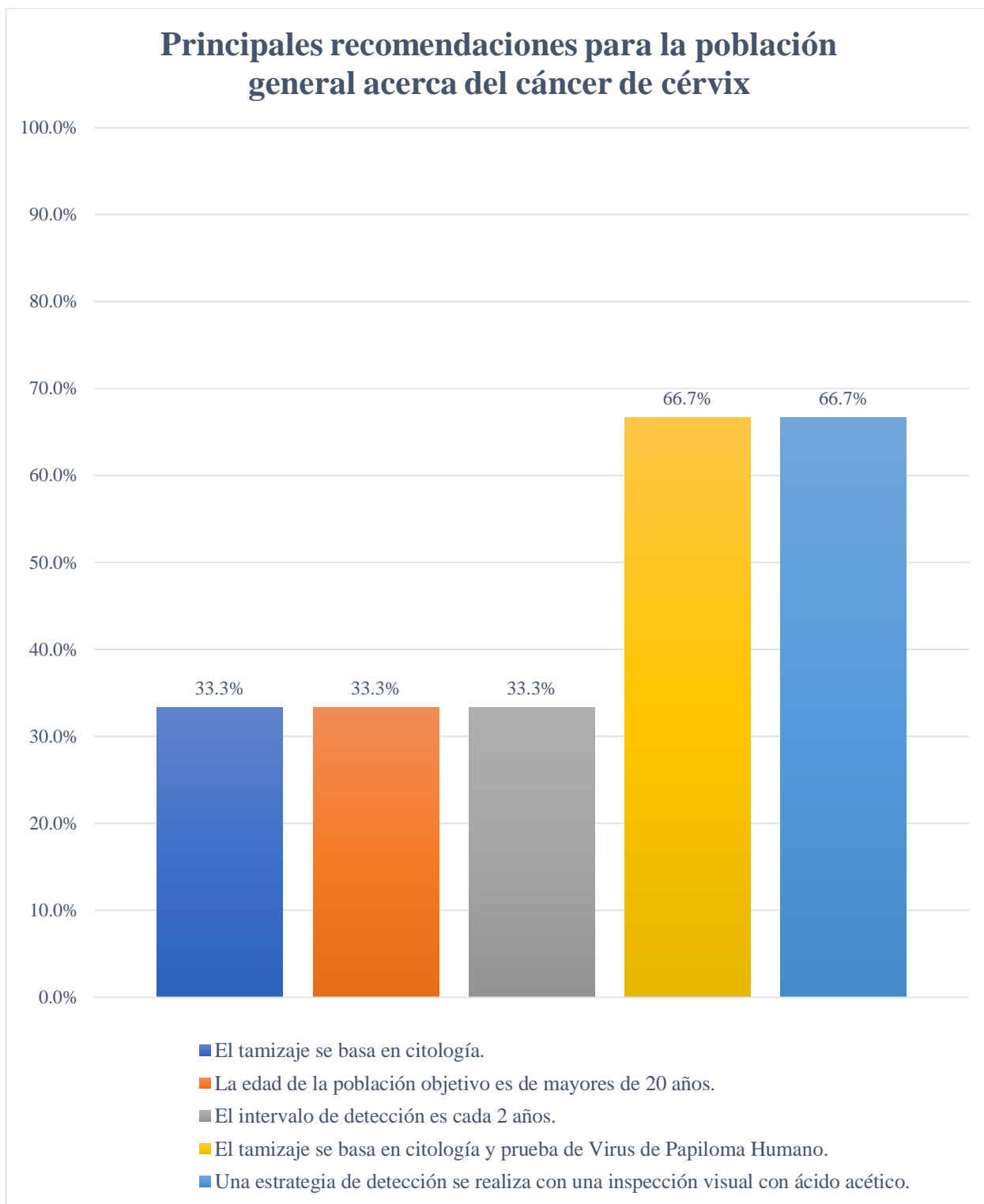
Gráfico 11. Comparación de recomendaciones con base en políticas de detección del cáncer de cérvix en América Latina con respecto a Guatemala



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³³.

El gráfico, mostrado a continuación, ofrece una representación visual detallada de los porcentajes de implementación de las recomendaciones fundamentales dirigidas a la población general en América Latina, con un enfoque particular en Costa Rica, Honduras y Guatemala. Estos porcentajes reflejan la adopción y aplicación de políticas específicas de detección del cáncer de cérvix, que fueron previamente mencionadas. Este análisis visual permite una evaluación más profunda de la adhesión de cada país a las directrices establecidas para la prevención de esta enfermedad, destacando posibles disparidades y enfoques diversos en la región latinoamericana.

Gráfico 12. Principales recomendaciones para la población general acerca del cáncer de cérvix con respecto a las políticas de detección de América Latina



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³³.

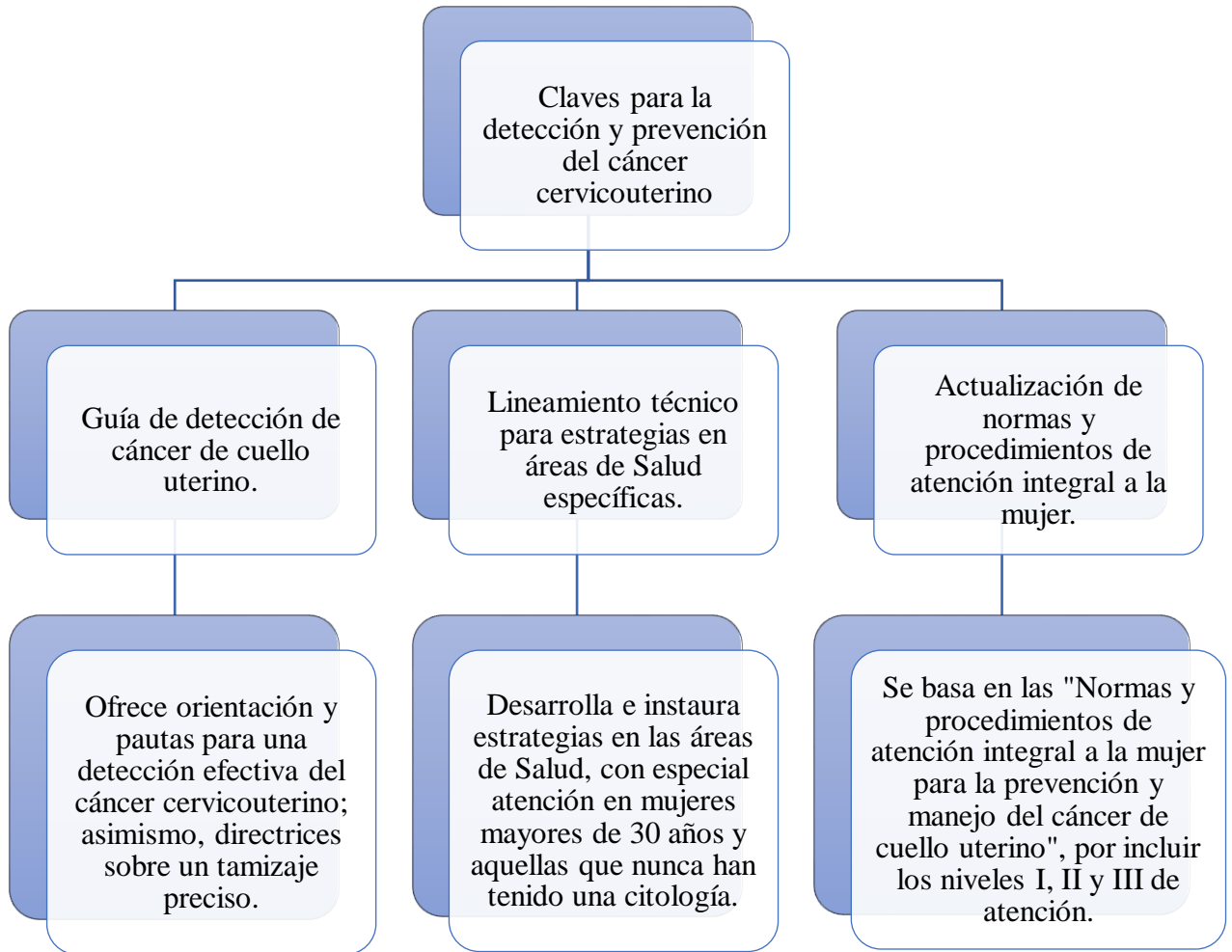
4.3 Situación actual del abordaje institucional en torno a la prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica

En el contexto específico de Costa Rica, donde tanto las zonas urbanas como las rurales representan facetas relevantes de su estructura demográfica, resulta imperativo comprender la situación actual del abordaje institucional, en relación con la prevención del cáncer de cuello uterino en ambos entornos.

En la revisión bibliográfica, se menciona el Plan institucional para la atención del cáncer, el cual engloba diversas pautas orientadas hacia la prevención y la reducción de la incidencia del cáncer en Costa Rica en general³⁴. Cabe mencionar que, a pesar de la revisión exhaustiva de diversas fuentes de literatura, no fue concluyente para un plan de abordaje institucional específico en prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica.

En la ilustración siguiente, se representan los tres componentes esenciales que el Plan institucional para la atención del cáncer aborda de manera específica, en el contexto de la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino en Costa Rica³⁴.

Ilustración 6. Resumen de las claves para la detección y prevención del cáncer cervicouterino



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³⁴.

Se determina que el Plan institucional para la atención del cáncer presenta múltiples beneficiosas estrategias para diversos tipos de cáncer. No obstante, dicho plan solo presenta una sección acerca del cáncer de cérvix, la cual ofrece las claves básicas para una detección efectiva, como se mencionó anteriormente.

Sin embargo, es relevante destacar que, según un estudio de Rivera et al.², aún existen notables discrepancias en la forma en que las instituciones abordan las distintas zonas de Costa Rica. Estas discrepancias se manifiestan principalmente en términos de accesibilidad. Se han identificado barreras relacionadas con el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica, especialmente en las zonas costeras del país. Estas áreas enfrentan desigualdades significativas en lo que respecta a la disponibilidad de servicios educativos, de atención médica, de cuidado infantil, acceso al agua potable, tecnología y oportunidades laborales, en comparación con otras regiones de Costa Rica.

Un estudio reciente destacó que la probabilidad de utilizar los servicios de atención primaria no estaba influenciada por el nivel socioeconómico, sino que más bien estaba relacionada con la frecuencia de visitas a médicos de atención primaria. Sin embargo, se observó que los grupos con un nivel socioeconómico más elevado tendían a acceder con mayor frecuencia a estos servicios².

Asimismo, se ha comprobado que el nivel educativo constituye una barrera significativa para la realización de pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Investigaciones recientes sugieren que la autoevaluación, para la detección del virus del papiloma humano, podría ser una estrategia eficaz para superar estas barreras, especialmente en poblaciones con oportunidades limitadas. Este enfoque permite que mujeres de diferentes contextos culturales y religiosos participen en la detección, sin temor a ser juzgadas².

Además de llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre el enfoque institucional del cáncer cervicouterino en Costa Rica, es de vital importancia considerar las causas subyacentes que pueden explicar por qué una paciente opta por no someterse a pruebas de tamizaje, ya sea debido a motivos personales, factores culturales u otras circunstancias. Por esta razón, se procedió a llevar a cabo una revisión bibliográfica del artículo que aborda los conocimientos, prácticas y percepciones de las mujeres, en relación con la citología vaginal en Costa Rica. Dicho artículo contribuye, significativamente, al entendimiento de la autora del presente trabajo, de las variadas percepciones que las mujeres pueden albergar con respecto al tamizaje del cáncer de cuello uterino².

La siguiente tabla ilustra las estrategias pertinentes que deben ser implementadas en las instituciones estatales de Costa Rica, con el propósito de promover y fomentar la realización de tamizajes y medidas preventivas para las pacientes. Estas estrategias se fundamentan en las percepciones manifestadas por las propias pacientes³⁶.

Tabla 15. *Percepciones de las pacientes en Costa Rica en relación con la citología y el cáncer cervicouterino, así como las estrategias que se deben implementar en este contexto*

Percepciones de las pacientes	Estrategias
La mayoría no comprende que la citología vaginal se realiza como una herramienta de tamizaje, para la prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino.	Difundir información sobre el procedimiento y su importancia.
No siempre encuentran motivación por parte de su familia, pareja o personas cercanas, para adoptar prácticas preventivas, como la realización del PAP.	Promover prácticas saludables a nivel familiar, donde cada miembro asuma la responsabilidad de su propia salud y reciba apoyo del entorno.
El hecho de que sea realizado por un hombre influye, debido a que a las mujeres les genera vergüenza.	Necesidad de desarrollar estrategias, para proporcionar información con un enfoque de equidad de género.
Las mujeres presentan una percepción de sí mismas fuertemente influenciada por lo que han aprendido desde su infancia.	Considerar aspectos socioculturales, geográficos y antecedentes de cada mujer en cada consulta, centrándose en sus necesidades.
En múltiples ocasiones, las pacientes observan una disposición por parte del personal para prestar asistencia, pero dicha disposición puede verse restringida por las limitaciones en sus métodos de trabajo, las cuales pueden dificultar la consecución del propósito de llevar a cabo el tamizaje.	Responsabilidad de las entidades de Salud del país, y contribuir a implementar las herramientas de detección.

Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³⁶.

En la revisión de literatura, se determina que, específicamente, las guías institucionales de Costa Rica, que sean basadas en la prevención del cáncer de cérvix, son mínimas, o las que se

encuentran a menudo datan de muchos años atrás. Por consiguiente, hay escasez de información con gran nivel de evidencia, acerca del abordaje nacional de la mencionada neoplasia. Es relevante tener en cuenta que, en el artículo de Rivera et al.², se da una gran perspectiva de la realidad de muchas zonas de Costa Rica, las cuales todavía presentan muchas barreras a nivel socioeconómico, de vivienda, de educación, para obtener los servicios de salud, para lo cual se deben emplear estrategias para lograr un mejor propósito en todas las pacientes.

Finalmente, se identifica que el artículo de Sanabria³⁶ muestra una gran perspectiva de los sentimientos, emociones, pensamientos de cada mujer, al momento de realizarse una citología vaginal, lo cual es sumamente importante -conocer estas perspectivas-, para lograr emplear de la mejor manera distintas estrategias para promover el bienestar y la comodidad de la paciente.

4.4 Propuesta de guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica

En Costa Rica, las zonas periféricas se caracterizan por su ubicación lejana de los centros urbanos y su acceso limitado a recursos médicos especializados; debido a esto, se plantean desafíos únicos en la prevención y el manejo de esta patología. El presente objetivo específico se ha centrado en abordar estos desafíos, por medio de la generación de una propuesta de una guía técnica, diseñada para fortalecer la prevención y el autocuidado de la mujer en estas zonas periféricas.

El enfoque de esta guía técnica se basa en la promoción de la educación sobre salud, fomentando la participación comunitaria y el empoderando a las mujeres, para que estén informadas y sean proactivas en su autocuidado. Asimismo, busca establecer directrices específicas para los profesionales de la salud que trabajan en estas zonas, con el fin de mejorar la calidad y la efectividad de la atención que brindan.

Es crucial comenzar por identificar las zonas periféricas; asimismo, los servicios de atención médica que operan en estas áreas. Además, es relevante tener un conocimiento claro de las demoras específicas establecidas para el tamizaje de las pacientes con citología vaginal alterada. Todos estos aspectos deben abordarse, antes de iniciar la propuesta de una guía de prevención del cáncer de cérvix, posible de incluir en zonas periféricas de Costa Rica.

Los cantones considerados periféricos son aquellos que han sido definidos como tales por el Ministerio de Agricultura y Ganadería. Estos cantones incluyen a Abangares, Bagaces, Buenos

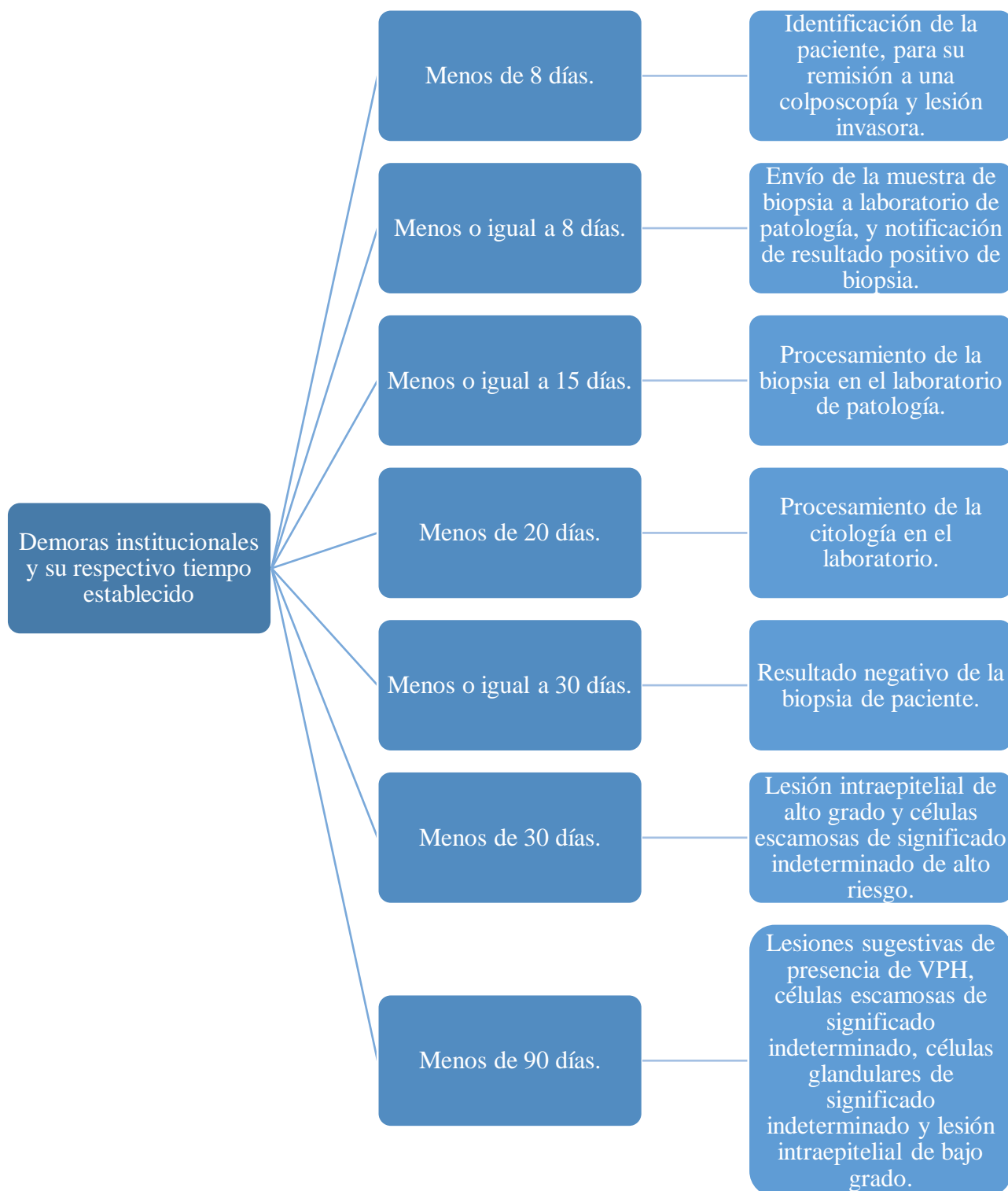
Aires, Carrillo, Cañas, Corredores, Coto Brus, Esparza, Garabito, Golfito, Guácimo, Guatuso, Hojanca, La Cruz, Liberia, Limón, Los Chiles, Matina, Montes de Oro, Nandayure, Nicoya, Orotina, Osa, Parrita, Pérez Zeledón, Pococí, Puntarenas, Quepos, San Carlos, San Mateo, Santa Cruz, Sarapiquí, Siquirres, Talamanca, Tilarán y Upala³⁷.

Es importante destacar que los niveles de desarrollo local más elevados están estrechamente relacionados con la región central, que funciona como el epicentro económico y político del país. En contraste, se observan niveles menos favorables en las zonas periféricas, especialmente en las áreas limítrofes cercanas a Nicaragua y Panamá³⁷.

Es esencial tener en cuenta la configuración y el funcionamiento de los servicios de salud proporcionados por la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que estos factores inciden directamente en la eficacia y facilidad de acceso a la atención médica.

En la siguiente ilustración, se identificaron las demoras estipuladas por regulaciones para la atención de las pacientes con citología cervicovaginal alterada y los plazos de notificación, de acuerdo con On Cubillo³⁹. Esto es de gran relevancia para considerar en la elaboración de una guía de prevención del cáncer de cuello uterino, ya que se deben reconocer las posibles demoras que pueden surgir en las instituciones públicas de Salud.

Ilustración 7. Demoras definidas institucionalmente para la atención de pacientes con citología vaginal alterada



Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³⁹.

Después de una revisión detallada de las zonas periféricas, los servicios de salud disponibles y las demoras definidas para el tamizaje, se procede a presentar la siguiente propuesta, con la finalidad de desarrollar una guía técnica integral y detallada, que permita fortalecer las estrategias de prevención y autocuidado de la salud de las mujeres en las zonas periféricas de Costa Rica.

Se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, centrada en las generalidades y la prevención del cáncer de cérvix, examinando artículos y capítulos de libros académicos, los cuales demostraron estrategias para una mejor prevención de la salud de las mujeres, y presentaban información de alta calidad para la propuesta de la siguiente guía. Esta guía está diseñada para ser propuesta en los servicios de salud de áreas geográficamente remotas, con el objetivo de mejorar el acceso, la calidad y la eficacia de la atención médica para las mujeres.

4.4.1 Guía técnica de fortalecimiento de la prevención y el autocuidado de la mujer, posible de incluir en la atención de los servicios de salud de zonas periféricas de Costa Rica

I. Impulsar la educación y concientización acerca del cáncer cervicouterino

1.1. Educación sobre el cáncer de cérvix

Es sumamente relevante esta sección, ya que proporciona información detallada sobre el cáncer de cuello uterino, incluyendo sus causas, factores de riesgo, síntomas y la importancia de la detección temprana.

Se determina que es crucial que los servicios de atención de la salud proporcionen información fundamental sobre el cáncer de cérvix a las pacientes; también es esencial utilizar acciones para difundir información sobre el procedimiento y su importancia, de una manera que sea fácilmente comprensible para el paciente, utilizando un lenguaje sencillo y accesible, para que pueda comprender completamente el tema³⁶.

Ilustración 8. Generalidades básicas del cáncer de cérvix para la propuesta de una guía

Generalidades del cáncer de cérvix

¿Qué es el cáncer de cérvix?

- Es la neoplasia maligna ginecológica, que se basa en una alteración celular que surge en el epitelio del cuello del útero, debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano.

¿Qué es el virus del papiloma humano?

- Son virus epiteliotropos, que infectan las células basales del epitelio, y se favorecen gracias a su capacidad de proliferación para replicarse, los cuales se transmiten por vía sexual.

¿Cuáles son sus principales causas?

- El virus del papiloma humano constituye la causa imprescindible en el desarrollo del cáncer de cérvix, especialmente los tipos de alto riesgo, los cuales son el 16 y 18.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

- Infección por el VPH, inmunosupresión, tabaco, presencia de más de seis parejas sexuales a lo largo de la vida, o el primer acto sexual antes de los 20 años, atribuyen un riesgo adicional. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 40 y los 50 años, pero cabe mencionar que se observan casos en pacientes relativamente jóvenes, multiparidad.

¿Cuáles son los principales síntomas?

Etapas primarias: asintomático, se diagnostica por un examen de detección de rutina. Pacientes en etapas primarias que presentan síntomas suelen tener secreción vaginal acuosa teñida con sangre, o una hemorragia vaginal intermitente después de las relaciones sexuales. Etapas avanzadas: hemorragia vaginal intensificada, flujo vaginal maloliente, edema de extremidades inferiores.

¿Por qué es importante una detección temprana?

- Es esencial una detección precoz, porque mejora significativamente las posibilidades de tratamiento exitoso, reduce los efectos secundarios, disminuye la mortalidad, previene la propagación del cáncer a otros órganos, y tiene un impacto emocional y social menor en las pacientes. También, ayuda a reducir los costos de atención médica y aumenta la eficacia de los programas de prevención.

Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas 4, 5, 19, 20, 21, 22, 23.

1.2. Incentivar prácticas saludables

Es importante promover prácticas de vida saludable en las pacientes, que incluyan una alimentación equilibrada, actividad física regular, abstinencia del tabaco, consumo moderado de alcohol, prácticas sexuales seguras.

Debido a la revisión bibliográfica del Plan institucional para la atención del cáncer en Costa Rica, se refuerza la importancia de tener hábitos saludables y, a la vez, se proporciona una reducción del riesgo de desarrollar cáncer³⁴.

Tabla 16. *Prácticas saludables y su respectiva información*

Reducción de factores de riesgo
Adoptar una alimentación equilibrada, realizar actividad física regular, contribuye a mantener un peso saludable. Asimismo, tener presente la reducción del consumo de alcohol. Es sumamente relevante, debido a que promueve un fortalecimiento del sistema inmunológico.
Evitar el tabaco
El tabaquismo se encuentra relacionado con un riesgo de cáncer de cuello uterino. Fomentar la abstinencia del tabaco disminuye el riesgo.
Impulsar prácticas sexuales seguras
La adopción de prácticas sexuales saludables y seguras, además el uso consistente del condón puede reducir el riesgo de infección por el virus del papiloma humano, un factor clave en el desarrollo del cáncer de cuello uterino.
Mejoras en la salud general
Promover prácticas de vida saludable no solo previene el cáncer de cuello uterino, sino que también contribuye a una mejor salud general, reduciendo el riesgo de otras enfermedades crónicas, tales como la diabetes y enfermedades cardiovasculares.
Educación y concientización
Fomentar prácticas de vida saludable brinda la oportunidad de educar a las pacientes sobre la importancia de cuidar su salud, y la relación entre su estilo de vida y el riesgo de cáncer de cuello uterino. Asimismo, promover la realización de tamizajes periódicos en las pacientes.
Vacunación del virus de papiloma humano
Promover la vacunación del VPH tanto en niñas, mujeres como en hombres, siguiendo las respectivas pautas de las guías.

Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{21, 24, 28, 29, 34}.

1.3 Concientización y autocuidado en las mujeres

El cáncer de cérvix abarca diversos elementos que provocan estigmatización, pero también presenta aspectos positivos para tener en cuenta. En lo que se relaciona con el estigma, se evidencia un miedo al juicio y a la exclusión social, junto con emociones de culpabilidad y vergüenza. Debido a estas razones, surgen diversas incertidumbres en relación con el cáncer de cérvix, lo cual destaca la necesidad de una promoción más efectiva para concientizar y fomentar el autocuidado en las mujeres³⁰.

Por lo tanto, la siguiente ilustración da diversas estrategias para impulsar la concientización y el conocimiento sobre el cáncer de cérvix.

Ilustración 9. *Concientización y conocimiento sobre el cáncer de cérvix*

Educación acerca de los síntomas tempranos

- Ofrecer detalles acerca de los síntomas iniciales del cáncer de cérvix, y resaltar la relevancia de buscar atención médica a tiempo.

Talleres en la comunidad

- Planificar sesiones de enseñanza y de aprendizaje, principalmente en comunidades periféricas, sobre el cáncer de cérvix, sus factores de riesgo y la relevancia de la detección precoz.

Proporcionar material didáctico

- Crear contenido informativo de fácil acceso, que abarque la elaboración de folletos y pósteres, con el propósito de distribuirlos en centros comunitarios y consultorios médicos. Asimismo, se puede promover folletos digitales hacia las pacientes.

Grupos y asociaciones de apoyo

- Crear comunidades de apoyo en áreas locales, con el fin de intercambiar experiencias, opiniones, comentarios, y promover entre ellas la práctica del autocuidado.

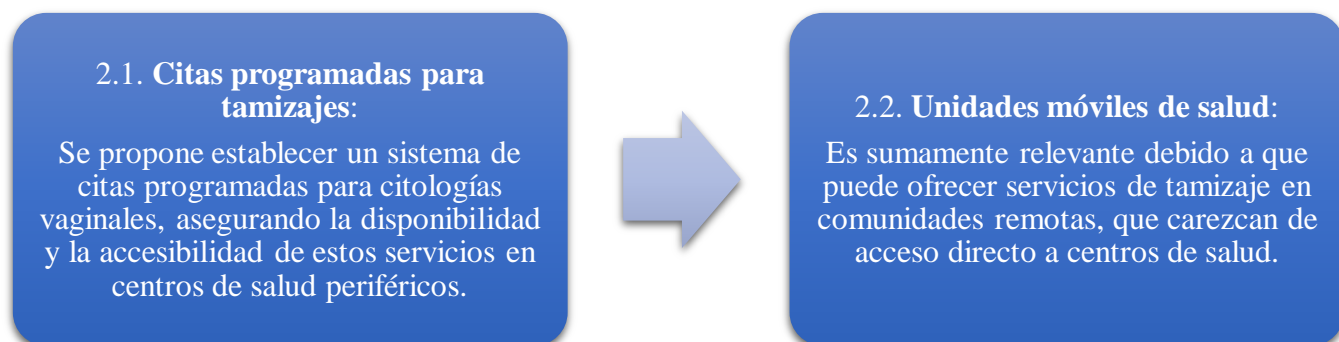
Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ³⁰.

II. Acceso a los servicios de salud en zonas periféricas

Se destaca la relevancia del acceso a los servicios de salud, especialmente en las áreas periféricas, ya que enfrentan desafíos adicionales en términos de disponibilidad de atención médica, debido a su ubicación geográfica. A pesar de que en el 2020 se identificaron 105 áreas de Salud en las redes Chorotega, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Central Norte, Central Sur, Pacífico Central y Brunca, con 668 puestos de visita periódica, es fundamental continuar promoviendo un mayor acceso a los servicios de atención médica en estas zonas. Además, se debe alentar a los médicos y enfermeras a educar a las pacientes en cada cita, sobre la importancia de las citologías vaginales, brindándoles mayor seguridad y comodidad³⁸.

En la siguiente ilustración, se muestran las sugerencias para un mejor acceso a los servicios de salud, en la propuesta de la presente guía. Por consiguiente, se llevó a cabo siguiendo el trabajo de Vargas et al.³⁸, quien presentó una revisión bibliográfica de los servicios periféricos de Costa Rica.

Ilustración 10. *Sugerencias para un mejor acceso a los servicios de salud*



Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{25, 38}.

Es de vital importancia centrarse en las recomendaciones médicas actuales, particularmente en el tamizaje y la detección temprana, siguiendo las pautas específicas para el cáncer cervicouterino. Es crucial estar al tanto de las directrices más recientes de profesionales de la salud, para garantizar una prevención efectiva. Asimismo, se recomienda profundizar en la comprensión de las estrategias de tamizaje y detección temprana, para fortalecer la conciencia sobre la relevancia de las prácticas preventivas que existen. Los profesionales de la salud deben mantenerse actualizados acerca de las últimas investigaciones y avances en el campo de la salud cervicouterina; esto contribuirá significativamente a la mejora continua de la prevención y el cuidado de la salud de las mujeres.

El objetivo principal de cualquier programa o guía integral, para la prevención y control del cáncer de cuello uterino, es disminuir la carga de esta enfermedad a través de estrategias que abarcan la disminución de las infecciones por el virus del papiloma humano, la realización de pruebas y tratamiento de lesiones precancerosas en el cuello uterino, y el manejo oportuno del cáncer en etapa invasiva, así como la provisión de cuidados paliativos²⁷.

III. Capacitación del personal de ciencias de la salud

En múltiples revisiones bibliográficas, se subraya la relevancia de que los médicos participen activamente en sesiones de capacitación y actualización. Esto es crucial para mantener sus conocimientos y habilidades al día, así como para estar al tanto de cualquier cambio en las recomendaciones o procedimientos relacionados con los servicios de salud. Del mismo modo, pueden ajustar sus prácticas clínicas de manera adecuada y, lo que es aún más relevante, proporcionarle información precisa y comprensible a la comunidad^{27,31}.

Es fundamental destacar que, de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada en la presente investigación, todavía se requiere un fortalecimiento de la comunicación empática, por parte de los profesionales de la salud con las pacientes. Por esta razón, brindar apoyo y explicaciones sin prejuicios a las pacientes cobra una gran importancia. Es esencial promover influencias sociales positivas y reducir los estigmas que pueden surgir, con el propósito de crear entornos que fomenten la autoeficacia y el empoderamiento de las pacientes³⁰.

La siguiente ilustración tiene como objetivo destacar dos propuestas fundamentales, derivadas de la revisión bibliográfica realizada. Estas propuestas deben ser fortalecidas constantemente por los profesionales de la salud, ya sea en áreas periféricas o urbanas.

Ilustración 11. *Propuesta para el fortalecimiento del cáncer de cérvix en profesionales de la salud*

3.1. Formación continua:

- Se enfoca en la capacitación continua del personal de salud en zonas periféricas, enfatizando las habilidades necesarias para llevar a cabo tamizajes y siempre proporcionando información precisa y actualizada a las pacientes.

3.2. Comunicación empática al género:

- Es muy relevante ofrecer capacitación al personal de salud en la difusión de información a las pacientes, más que todo una comunicación sensible al género, con el objetivo de abordar, de manera respetuosa y empática, las necesidades y preocupaciones de las mujeres.

Fuente: elaboración propia con base en las referencias bibliográficas ^{27, 30, 31}.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En el transcurso de esta investigación, se utilizaron varios motores de búsqueda académicos, todo esto con el fin de identificar artículos que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. Asimismo, los libros académicos desempeñaron un papel influyente en esta investigación, ya que proporcionaron información sumamente detallada sobre cada objetivo del trabajo. Sin lugar a duda, los artículos académicos también resultaron ser de gran utilidad, contribuyendo de una manera significativa al aprendizaje y al mejor entendimiento de la patología del cáncer de cérvix.

Uno de los objetivos se basó en explicar, detalladamente, las características fisiopatológicas que son comunes en el cáncer de cérvix. Esto implica investigar los procesos biológicos y las alteraciones celulares que contribuyen al desarrollo y progresión de esta enfermedad.

- Primeramente, se observa que una comprensión detallada de las características fisiopatológicas proporciona una visión profunda de los mecanismos subyacentes, que llevan al surgimiento del cáncer de cérvix. Esto presenta un resultado esencial para planificar estrategias preventivas y terapéuticas eficaces.
- En el momento de examinar las características fisiopatológicas, es posible identificar puntos fundamentales en el proceso de desarrollo del cáncer de cérvix, esto podría convertirse en objetivos para intervenciones preventivas. Este enfoque estratégico tiene el potencial de mejorar la efectividad de las medidas de salud pública.
- Las características fisiopatológicas del cáncer de cérvix presentan su grado de dificultad. Asimismo, las estrategias terapéuticas deben abordar esta complejidad desde diversos ángulos, teniendo en cuenta que existe una diversidad de factores involucrados en su desarrollo.

El siguiente objetivo se enfocó en identificar las recomendaciones médicas actuales, acerca del manejo preventivo del cáncer de cérvix, debido a que es un proceso primordial para asegurar la aplicación de estrategias eficaces y actualizadas en el ámbito de la salud. Se debe tener en cuenta, que, al obtener un conocimiento profundo de las recomendaciones médicas actuales, se promueve la toma de decisiones informadas por parte de los profesionales de la salud, fomentando, así, la adopción de prácticas respaldadas por evidencia científica.

- Es esencial investigar y comprender las actuales recomendaciones médicas para la prevención del cáncer de cérvix, ya que esto guía las prácticas clínicas y fomenta la salud de las mujeres.
- La diversidad de enfoques y estrategias preventivas, respaldadas por la comunidad médica, destaca la importancia de adaptar estas recomendaciones a contextos específicos, reconociendo las necesidades individuales de las mujeres.
- La constante evolución de las recomendaciones médicas subraya la importancia de mantenerse en actualización temática sobre las prácticas preventivas, porque esto puede tener un impacto significativo en la eficacia de las intervenciones.

El presente objetivo representó un desafío considerable, ya que la información específica sobre cómo se aborda el cáncer de cuello uterino en Costa Rica es sumamente limitada. Señalar la situación actual del abordaje institucional, en torno a la prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica, implica examinar de cerca las políticas y prácticas implementadas en el ámbito de la salud.

- La disponibilidad limitada de información, sobre el enfoque institucional para la prevención del cáncer de cérvix en Costa Rica, subraya la necesidad urgente de una mayor apertura y acceso a datos pertinentes.
- La carencia de directrices o guías actualizadas dificulta la evaluación completa de la eficacia de las medidas preventivas vigentes contra el cáncer de cérvix, en el ámbito institucional de Costa Rica.
- La existencia de diversos tabúes en torno al cáncer cervicouterino destaca la importancia de concientizar sobre esta patología, y fomentar la implementación de estrategias preventivas, así como el diseño de políticas más efectivas en la lucha contra el cáncer cervicouterino.

Finalmente, el presente objetivo se erige como esencial, al ofrecer un punto de referencia que puede ser clave para fortalecer la conexión entre los pacientes y la enfermedad, así como con el personal de salud. Su relevancia radica en la formulación de una propuesta de guía técnica, destinada a fortalecer la prevención y el autocuidado de las mujeres, una herramienta sumamente valiosa que puede integrarse en los servicios de salud de las áreas periféricas de Costa Rica. Esta iniciativa busca no solo abordar las necesidades de las mujeres en estas zonas, sino también

mejorar la eficacia de la atención, y promover una mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado y la prevención del cáncer cervicouterino.

- La creación de una guía técnica específica, orientada a fortalecer la prevención y el autocuidado de las mujeres en las zonas periféricas de Costa Rica, se presenta como una estrategia esencial y oportuna.
- El desarrollo de esta guía técnica no solo tiene el potencial de elevar considerablemente la calidad de la atención médica dirigida a las mujeres en las áreas periféricas, sino que también tiene en cuenta las particularidades de las zonas periféricas, en comparación con las zonas urbanas.
- Al centrarse en la prevención y el autocuidado por medio de una guía técnica diseñada para adaptarse a la realidad de las zonas periféricas, se anticipa un efecto positivo en la concienciación y participación activa de las mujeres en el manejo de su salud personal.

5.2 Recomendaciones

Resulta crucial presentar un conjunto de recomendaciones fundamentales, que no solo den cuenta del conocimiento adquirido durante la investigación, sino que también ofrezcan orientación práctica y sugerencias para investigaciones futuras o aplicaciones prácticas. Estas recomendaciones representan un componente invaluable al concluir, ya que consolidan los hallazgos clave y proporcionan a los lectores y profesionales una guía práctica para maximizar el impacto y la relevancia de la investigación. En esta sección, se presentará una recomendación asociada a cada conclusión, respectivamente.

- Implementar programas educativos, que informen a la población sobre las características fisiopatológicas del cáncer de cérvix. La concientización puede impulsar la participación en programas de detección y promover cambios en el estilo de vida.
- Reforzar la infraestructura y accesibilidad de los programas de detección temprana, enfocándose en pruebas efectivas y alcanzando a grupos de riesgo específicos. La detección temprana es clave para mejorar los resultados y reducir la carga de la enfermedad.
- Apoyar la investigación continua sobre las características fisiopatológicas del cáncer de cérvix. La inversión en investigación puede conducir a avances científicos que transformen las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Promover programas educativos continuos, dirigidos a profesionales de la salud, para mantenerlos actualizados sobre las últimas recomendaciones médicas relacionadas con la prevención del cáncer de cérvix.
- Generar conciencia pública sobre las recomendaciones preventivas, incentivando la participación activa de las mujeres en programas de detección y prevención, para fortalecer la implementación efectiva de las prácticas médicas recomendadas.
- Facilitar la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, investigadores y responsables políticos, con el objetivo de abordar, de manera integral, las recomendaciones médicas, y mejorar continuamente las estrategias preventivas contra el cáncer de cérvix.

- Llevar a cabo investigaciones adicionales y recopilar datos detallados, para obtener una comprensión más exhaustiva de cómo se están implementando las estrategias preventivas en las instituciones de salud costarricenses.
- Promover la colaboración entre entidades de salud, instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, para mejorar la coordinación y eficacia de las medidas preventivas contra el cáncer cervicouterino en el país, incluyendo la actualización de las guías sobre el cáncer de cérvix.
- Fomentar la concienciación, por parte del personal de salud, durante las consultas, para informar y concientizar a las pacientes sobre la importancia de prevenir el cáncer cervicouterino.
- Se debe proponer llevar a cabo consultas y talleres participativos con mujeres que residen en áreas periféricas, con el fin de identificar, de manera precisa, sus necesidades específicas, asegurando, así, que la guía técnica sea auténticamente pertinente y eficaz.
- Sugerir la participación activa de profesionales de la salud y expertos en el diseño de la guía técnica, garantizando que esté respaldada por evidencia científica y se alinee con las prácticas médicas más actuales.
- Establecer mecanismos para la capacitación continua del personal de salud en las zonas periféricas, focalizándose en la implementación de la guía técnica. Esto promoverá su integración efectiva en la atención médica diaria, y asegurará un seguimiento adecuado.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2022 [consultado el 03 de febrero del 2023]. Cáncer cervicouterino [7 pantallas aprox.]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino,bajos%20y%20medios%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino,bajos%20y%20medios%20(1).)
2. Rivera A, Calderón A. Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa. Poblac. Salud Mesoam [Internet]. 2022 [citado el 03 de febrero del 2023]; 20(1). DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v20i1.48983>
3. Víquez K, Araya R, Hidalgo M. Cáncer de cérvix: generalidades. Rev.med.sinerg [Internet]. 2022 [citado el 03 de febrero del 2023]; 7(9). DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i9.898>
4. Sagaró del Campo N, Zamora L. Análisis estadístico implicative en la identificación de factores pronósticos de mortalidad por cáncer cervicouterino. Acta.med.centro [Internet]. 2021 [citado el 03 de febrero del 2023]; 15(2): 188-203. Disponible en: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1304abdc-3ddf-4865-9c08-b1cc3896587b%40redis>
5. Ramírez F, Los Ángeles L, Chang O. Programa educativo para la prevención del cáncer cervicouterino. Roca. [Internet]. 2021 [citado el 03 de febrero del 2023]; 17(1): 439-458. Disponible en: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ba454328-2354-4113-a43a-bc6c61899fbf%40redis>
6. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2010 [citado el 09 de febrero del 2023]; 14(1): 39-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119805006>
7. Luna C, Méndez M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención del cáncer cervical en el hospital Santa Isabel – El Porvenir durante el periodo enero-julio de 2020 [Tesis para optar por el título profesional de médico cirujano]. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2021.

8. Cadenas Valerio M. Conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix y mama de las mujeres del asentamiento humano San Carlos del distrito de Surco Lima – Perú 2014 [Trabajo de investigación para optar por el título de especialista en Enfermería Oncológica]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
9. Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Variación geográfica del cáncer invasor del cuello uterino en Costa Rica. Bol Of Sanit Panam [Internet]. 1993 [citado el 08 de febrero del 2023]; 114(12). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16363>
10. Murillo R, Herrero R, Sierra M, Forman D. Cervical cancer in Central and South America: burden of disease and status of disease control. Cancer Epidemiol [Internet]. 2016 [citado el 08 de febrero del 2023]; 44: 121-130. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1877782116301084>
11. Santana K, Ramos K, De Oliveira J, Pereira A. Factores que influyen en la prevención del cáncer de cuello uterino en la comunidad quilombolas. Cult. de los Cuid. [Internet]. 2018 [citado el 08 de febrero del 2023]; 22(50): 151-157. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.50.14>
12. Páez M, Rodríguez M, Kasamatsu E, Castro A, Orué E, Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción (Bañado Sur) 2012. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2016 [citado el 08 de febrero del 2023]; 48(1): 37-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016004>
13. Narváez L, Collazos A, Daza K, Torres Y, Ijají J, Gómez D, et al. Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 [citado el 09 de febrero del 2023]; 65(3): 299-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2185>.
14. Cubillo Y, Tarancon M. Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica [Internet]. Costa Rica: 2015 [consultado el 08 de febrero del 2023]. Continuidad de la atención de la patología cervical en la CCSS, año 2015 [3 pantallas aprox.]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/continuidad.pdf>
15. Santamaría C, Montero M, Quesada H, Quirós. Inequidades en la detección temprana del cáncer de cérvix: una realidad en la población costarricense. Poblac. Salud Mesoam.

- [Internet]. 2022 [citado el 08 de febrero del 2023]; 19(02): 128-147. DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v0i19.48122>
16. Carlson L, Gonzalez S. Knowledge of cervical cancer pathology of high school students in San Carlos, Costa Rica. *Rev. Biol. Trop.* [Internet]. 2014 [citado el 08 de febrero del 2023]; 62(3): 877-86. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/rbt/article/view/14063>
 17. Ruiz Frutos C. Determinantes de salud. En: Gil Hernández, F. *Tratado de medicina del trabajo*. 3a ed. España: Elsevier Castellano; 2018; 1-14.
 18. Freund K. *Approach to Women's Health*. En: Goldman L, Schafer A. *Goldman Cecil Medicine*. 26a ed. Elsevier Castellano; 2021; 1564-1568.
 19. Sánchez Gaitán E. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev.med.sinerg* [Internet]. 2019 [citado el 16 de febrero del 2023]; 4(11): 300. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.300>
 20. Hoffman B, Cunningham G, Schorge J, Schaffer J, Bradshaw K, Halvorson L, et al. *Williams ginecología*. 3a ed. Estados Unidos: McGraw-Hill; 2017. Capítulo 30, Cáncer cervicouterino; 769-789.
 21. Torné Bladé A. Patología premaligna del cuello uterino. En: González Bosquet E. *González Merlo Ginecología*. 10a ed. España: Elsevier España; 2020. 369-392.
 22. Fusté P, González E. Cáncer de cérvix y vagina. En: González Bosquet E. *González Merlo Ginecología*. 10a ed. España: Elsevier España; 2020; 425-457.
 23. Cohen P, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. *Lancet* [Internet]. 2019 [citado el 18 de septiembre del 2023]; 393 (10167): 169-182. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S014067361832470X?scrollTo=%23hl0000650>
 24. Solano A, Solano A, Gamboa C. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Rev.med.sinerg* [Internet]. 2020 [citado el 18 de septiembre del 2023]; 5(3). DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.395>
 25. Curotto M, Zalacaín J, Paolino M, Arrossi S. Adopción e implementación del ofrecimiento de la autotoma VPH por agentes sanitarios en Jujuy, Argentina. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2019 [citado el 18 de septiembre del 2023]; 60(6). DOI: <https://doi.org/10.21149/8854>

26. Cabrera S, Linares A, Martínez J, Abullarade E. Autotoma para detección de VPH comparada con muestra convencional en el tamizaje de cáncer cervicouterino. Alerta [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre del 2023]; 5(1): 81-87. DOI: 10.5377/alerta.v5i1.12806
27. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2016 [citado el 18 de septiembre del 2023]. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Medina V, Morales R, Sierra L. Cáncer cervicouterino. Desigual avance entre prevención, diagnóstico precoz y tratamiento. Finlay. [Internet]. 2018 [citado el 28 de septiembre del 2023]; 8(2): 88-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi182b.pdf>
29. Castle P, Pierz A. (At least) once in her lifetime: global cervical cancer prevention. Obstet. Gynecol [Internet]. 2019 [citado el 8 de octubre del 2023]; 46(1): 107-123. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0889854518300950>
30. Peterson C, Silva A, Goben A, Ongtengco N, Hu E, Khanna D, et al. Stigma and cervical cancer prevention: a scoping review of the U.S. literature. Prev Med [Internet]. 2021 [citado el 8 de octubre del 2023]; 153. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0091743521004187?scrollTo=%23hl0001191>
31. Orozco L, Tristán M, Beitia A, Vreugdenhil M, Andrino R, Agüero C, et al. Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Salvat; 2016 [consultado el 8 de octubre del 2023]. Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas del cuello del útero; 45-74. Disponible en: <http://www.fecasog.com/sites/default/files/2017-04/Manejo-de-lesiones-premalignas-de-cuello-del-utero.pdf>
32. Cibula D, Rosaria M, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023. Radiother Oncol [Internet]. 2023 [consultado el 08 de octubre del 2023];

184. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0167814023002207?scrollTo=%23hl0001561>
33. Fernández G, Caicedo M, Serrano B, Roura E, Castillo J, Sanjose S, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America: current recommendations for facing elimination challenges. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2022 [consultado el 08 de octubre del 2023]; 64(4): 415-423. DOI: 10.21149/13204
34. Caja Costarricense de Seguro Social. International cancer control partnership [Internet]. San José, Costa Rica; 2015 [consultado el 08 de octubre del 2023]. Plan institucional para la atención del cáncer 2015-2018; 8-50. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CRI_B5_VERSION%20FINAL%20PIAC%202015-2018_Con%20Observaciones_GM.pdf
35. Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2021 [consultado el 09 de octubre del 2023]. Perfiles del cáncer cervicouterino en los países [2 pantallas aprox.]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-cri-2021-country-profile-es.pdf?sfvrsn=1957bf53_21&download=true
36. Sanabria Hernández N. Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. *REVENF* [Internet]. 2012 [citado el 09 de octubre del 2023]; 33(2): 82-89. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art4.pdf>
37. Fonseca R, Mora R, Recinos S. Estado del desarrollo humano local de las regiones periféricas de Costa Rica. *Aroec* [Internet]. 2020 [citado el 15 de octubre del 2023]; 5(2). Disponible en: <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/21437/Estado%20de%20Desarrollo%20Humano%20Local%20de%20las%20regiones%20perif%20c3%a9ricas%20de%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Vargas D, Arias K. Creación de la comunidad de investigadores de la Caja Costarricense de Seguro Social -CCSS-. *BINASS* [Internet]. 2020 [citado el 15 de octubre del 2023]. Disponible en: https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3657/DocEnviados1076068---AGI_Informe%20Encuesta%20Comunidad%20Investigadores-CCSS-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

39. On Cubillo, Y. Demoras en el proceso de atención de las usuarias con patología cervical en los servicios de la CCSS, 2016. BINASS [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/662/patologiacervical.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Hernández R, Méndez S, Mendoza C, Cuevas A. Fundamentos de investigación. 1a ed. México: McGraw-Hill; 2017.

CAPÍTULO VII- ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

Autor ¹ / Revista ² / Año ³ /	Re ⁴	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia ⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Rivera A, Calderón A/ Poblac. Salud Mesoam/ 2022.	2	Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa.	Revisión sistemática cualitativa.	2	Población general, usuarios o personal de salud de Costa Rica.	Revisión sistemática cualitativa de literatura entre mayo y septiembre de 2021, que identificara limitaciones para acceder a la atención.	Se identificaron cinco dimensiones del modelo de Tanahashi y 26 barreras correspondientes. Las dificultades en torno al servicio médico son múltiples y están presentes en todas las dimensiones descritas en el modelo de Tanahashi.

<p>Sagaró del Campo N, Zamora L / Acta.med.centro/ 2021.</p>	<p>4</p>	<p>Análisis estadístico implicativo en la identificación de factores pronósticos de mortalidad por cáncer cervicouterino.</p>	<p>Estudio de casos y controles.</p>	<p>3</p>	<p>Pacientes mayores de 18 años, con el diagnóstico o clínico e histológico de cáncer de cérvix, atendidas en el Hospital Oncológico Conrado Benítez, de la Ciudad de Santiago de Cuba.</p>	<p>Evaluar la utilidad de una metodología para aplicar el análisis estadístico implicativo en la identificación de factores pronósticos; se empleó como problema el cáncer cervicouterino.</p>	<p>Se identificaron, por ambas técnicas, como factores de mal pronóstico, la edad y de buen pronóstico la quimioterapia. Reconoce la utilidad del análisis estadístico implicativo, y se propone su empleo de manera habitual, para elevar la calidad de estas investigaciones.</p>
--------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ramírez F, Los Ángeles L, Chang O/ Roca/ 2021.	5	Programa educativo para la prevención del cáncer cervicouterino.	Revisión bibliográfica hipotético- deductiva.	5	105 pacientes del consultorio médico de la familia número 72, pertene- ciente al Policlínico «René Vallejo», del municipio Bayamo.	Los números absolutos, el porcentaje y la prueba de Anova de Freidman y McNemar, con el objetivo de determinar el comportamiento y las relaciones de las variables antes y después de la aplicación del programa.	El sexo que predominó en el estudio fue el femenino; el grupo de edades de 16 a 25 años. Prevaleció el desconocimien- to sobre la prevención, los factores de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, antes de la aplicación del programa educativo.
---------------------------------------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sánchez Gaitán E/ Rev.med.sinerg/ 2019.	19	Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino.	Revisión bibliográfica.	5	Revisiones avaladas por alguna sociedad científica seria: además. que comprendan entre el 2014 y el 2019.	Se ha realizado una revisión de documentos de sociedades científicas, programas internacionales, dedicadas a la prevención del cáncer del cuello uterino.	Se han localizado 60 estudios, pero se han excluido 41, que no fueron relevantes para el objetivo de la revisión, obteniendo un total de 19 referencias bibliográficas.
-----------------------------------------------	----	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hoffman B, Cunningham G, Schorge J, Schaffer J, Bradshaw K, Halvorson L, et al./ 2017.	20	Williams Ginecología.	NA	NA	NA	NA	NA
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	--------------------------	----	----	----	----	----

Torné Bladé A/González Merlo Ginecología/ 2020.	21	Patología premaligna del cuello uterino.	NA	NA	NA	NA	NA
----------------------------------------------------------	----	------------------------------------------	----	----	----	----	----

Fusté P, González E/ 2020.	22	Cáncer de cérvix y vagina.	NA	NA	NA	NA	NA
----------------------------	----	----------------------------	----	----	----	----	----

<p>Cohen P, Jhingran A, Oaknin A, Denny L/ Lancet/2019.</p>	<p>23</p>	<p>Cervical cancer.</p>	<p>Revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos.</p>	<p>1</p>	<p>Artículos publicados en inglés entre el 1 de enero de 1990 y el 30 de abril de 2018.</p>	<p>Se realizaron búsquedas en MEDLINE, Current Contents y PubMed, con los términos relacionados con el cáncer cervicouterino y la salud de la mujer.</p>	<p>Se seleccionaron principalmente publicaciones de los últimos cinco años, pero no se excluyeron publicaciones más antiguas de gran prestigio y de referencia común, las cuales demostraron evidencia.</p>
-------------------------------------------------------------	-----------	-------------------------	------------------------------------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Solano A, Solano A, Gamboa C / Rev.med.sinerg/ 2020.	24	Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix.	Revisión bibliográfica.	5	Se revisaron 15 diferentes fuentes bibliográficas, que comprenden entre los años 2015 al 2019.	Los artículos utilizados, mencionan métodos preventivos para el cáncer de cérvix.	Enfoque global del cáncer de cérvix, para su aplicación en personal de salud.
------------------------------------------------------	----	--------------------------------------------------------------	-------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

<p>Curotto M, Zalacaín J, Paolino M, Arrossi S/Salud Publica Mex/2019.</p>	<p>25</p>	<p>Adopción e implementación del ofrecimiento de la autotoma VPH por agentes sanitarios en Jujuy, Argentina.</p>	<p>Casos y 3 controles.</p>	<p>3</p>	<p>478 agentes sanitarios.</p>	<p>Las dimensiones de adopción e implementación fueron evaluadas con el modelo RE-AIM, en una encuesta autoadministrada.</p>	<p>El 81.8% de los agentes sanitarios ofreció la autotoma del VPH, y el 86.4% expresó gratificación con la estrategia. La adopción de la autotoma fue alta en los agentes sanitarios.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	----------	--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Organización Panamericana de la Salud/ 2016.	27	Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales.	Revisión sistemática (cualitativa).	3	NA	NA	NA
----------------------------------------------	----	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	---	----	----	----

Medina V, Morales R, Sierra L/Finlay/2018.	28	Cáncer cervicouterino. Desigual avance entre prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.	Revisión sistemática (cualitativa).	3	Pacientes con VPH al menos hasta los 55 años.	Demostraron, en una revisión sistemática sobre la vacunación contra el VPH, que existe evidencia suficiente.	Sostienen que la inmunidad generada tras su aplicación produce fuerte protección en pacientes VPH, al menos hasta los 55 años; además de que protege ante la aparición de varios cánceres relacionados con el virus, para ambos sexos.
--------------------------------------------	----	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	---	-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Castle P, Pierz A/Obstet. Gynecol/ 2019.	29	(At least) once in her lifetime: global cervical cancer prevention.	Revisión bibliográfica.	5	NA	NA	Por lo tanto, el verdadero desafío que enfrenta la prevención del cáncer de cuello uterino puede ser “mantener el rumbo” político, social y económico durante varias décadas, para obtener los beneficios de intervenir en esta importante causa de morbilidad y mortalidad en las mujeres, a nivel mundial.
------------------------------------------	----	---------------------------------------------------------------------	-------------------------	---	----	----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Peterson C, Silva A, Goben A, Ongtengco N, Hu E, Khanna D, et al./Prev Med/ 2021.</p>	<p>30</p>	<p>Stigma and cervical cancer prevention: a scoping review of the U.S. literature.</p>	<p>Revisión bibliográfica de alcance.</p>	<p>5</p>	<p>NA</p>	<p>Para llevar a cabo esta revisión del alcance, se utilizó el marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley. Este marco se basa en resumir e informar los resultados de la revisión del alcance.</p>	<p>El resultado de la revisión se presenta utilizando la lista de verificación. Elementos de informes preferidos para la revisión sistemática y la extensión de metaanálisis para revisiones de alcance. Para cada artículo se extrajeron impulsores y facilitadores del estigma.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	----------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Orozco L, Tristán M, Beitia A, Vreugdenhil M, Andrino R, Agüero C, et al./ 2016.	31	Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología.	Revisión sistemática (cualitativa).	3	NA	NA	NA
----------------------------------------------------------------------------------	----	---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	---	----	----	----

<p>Cibula D, Rosaria M, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al./Radiother Oncol/2023.</p>	<p>32</p>	<p>ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023.</p>	<p>Revisión sistemática (cualitativa).</p>	<p>3</p>	<p>NA</p>	<p>Cuatro coautores, trabajando en parejas, extrajeron de forma independiente la información sobre los datos demográficos de la población de estudio, el enfoque de la población de pacientes, el tamaño de la muestra, la metodología de recopilación de datos, el diseño del estudio y los resultados.</p>	<p>Creación de un grupo de desarrollo internacional multidisciplinario, el uso de evidencia científica y el consenso de expertos internacionales para respaldar las directrices, y el uso de un proceso de revisión externa internacional (médicos y pacientes).</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Fernández G, Caicedo M, Serrano B, Roura E, Castillo J, Sanjose S, et al./Salud Publica Mex/2022.</p>	<p>33</p>	<p>Cervical cancer screening programs in Latin America: current recommendations for facing elimination challenges.</p>	<p>Poblacionales y correccionales.</p>	<p>2</p>	<p>Población general y mujeres con virus de inmunodeficiencia humana.</p>	<p>Revisión estructurada de documentos oficiales para recuperar información sobre las directrices/recomendaciones nacionales actuales sobre cáncer de cuello uterino, para la población general y para las mujeres con VIH.</p>	<p>Las recomendaciones varían ampliamente entre países respecto a población objeto, pruebas e intervalos de tamizaje. Dieciséis países tienen recomendaciones actualizadas. A pesar de recientes actualizaciones, pocos países tienen abordajes adecuadamente alineados con la estrategia de eliminación de la OMS.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Caja Costarricense de Seguro Social/ International cancer control partnership/2015.	34	Plan institucional para la atención del cáncer 2015-2018.	Revisión sistemática (cualitativa).	3	NA	Enfoque de gestión por resultados, el cual orienta los esfuerzos de los actores públicos, a dirigir todos los recursos humanos, financieros y tecnológicos, sean estos internos o externos, hacia la consecución del mayor valor público posible, incorporando un uso articulado de políticas, estrategias, recursos y procesos para mejorar la toma de decisiones, la transparencia y la rendición de cuentas, y generar mejoras sostenibles en la calidad de vida de la población.	NA
-------------------------------------------------------------------------------------	----	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------	---	----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Sanabria Hernández N/REVENF/ 2012.	36	Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal.	Reporte de casos.	3	Seis mujeres, usuarias de un centro de atención primaria, durante los meses de abril y mayo del 2010, en Costa Rica.	Un estudio de tipo cualitativo, en el que se entrevista en profundidad a las mujeres, para observar sus percepciones acerca de la citología vaginal.	Los resultados develan un déficit de conocimiento respecto del procedimiento y objetivo principal de la prueba; miedo al procedimiento y al resultado adverso; predisposición cuando el examen es tomado por un varón; actitudes de “pereza” para practicarse la prueba.
------------------------------------	----	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonseca R, Mora R, Recinos S/Aroec/2020.	37	Estado del desarrollo humano local de las regiones periféricas de Costa Rica.	Casos y 3 controles.	3	Un índice de desarrollo humano local, que pondera siete capacidades y 34 indicadores.	Establecer el estado del desarrollo humano local de los territorios periféricos de Costa Rica, así como analizar las asimetrías y los retos que presentan estos territorios. El estudio se hace desde el enfoque de capacidades y desarrollo humano.	Se calcula un coeficiente de correlación entre los componentes. Finalmente, se logran establecer las principales estrategias de política pública dirigidas a mejorar el DHL de estos cantones.
------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------	---	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vargas D, Arias K/BINASS/2020.	38	Creación de la comunidad de investigadores de la Caja Costarricense de Seguro Social -CCSS-.	Casos y controles.	3	NA	NA	NA
--------------------------------	----	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	---	----	----	----

On Cubillo, Y/BINASS/2017.	39	Demoras en el proceso de atención de las usuarias con patología cervical en los servicios de la CCSS, 2016.	Serie de casos.	4	Mujeres referidas por citología cervico-vaginal alterada (caso nuevo o reingreso), con colposcopia efectuada.	Un estudio exploratorio descriptivo, a partir de los datos recopilados de las mujeres con patología cervical, quienes fueron sujetos de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) en hospitales, en el año 2016 (1 233 casos).	Limitación en la población de estudio, porque cuenta con todas las variables de interés, y no necesariamente es representativa de todos los casos atendidos en los hospitales de la CCSS. Análisis de las demoras en la atención de las usuarias con patología cervical, que podría despertar el interés por la búsqueda de barreras de acceso a los servicios en puntos críticos del flujo de atención.
----------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración propia, 2023.

NA: No aplica.