



Guía práctica para programas de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino



Contenido

Siglas y abreviaturas	2
Agradecimientos	3
Prólogo	4
Introducción	5
Contenidos	5
¿Por qué se elaboró esta guía?	5
Audiencia	6
Justificación: ¿Por qué trabajar en la prevención del cáncer cervicouterino?	7
Primeros pasos: Información general del cáncer cervicouterino	9
Datos clave sobre el cáncer cervicouterino	9
El continuo en la prevención del cáncer cervicouterino	10
Tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino	10
Pasos para el diseño de programas de prevención del cáncer cervicouterino	20
Paso 1. Diseño de programas de prevención del cáncer cervicouterino	20
Paso 2. Ejecución de programas de prevención del cáncer cervicouterino	35
Paso 3. Seguimiento y evaluación	43
Paso 4. Análisis de viabilidad para ampliar o limitar la intervención de un programa	49
Buenas prácticas en la programación del cáncer cervicouterino	50
Involucramiento de varones y familias	50
Involucramiento de líderes comunitarios	51
Asocio con empresas/lugares de trabajo para aumentar el acceso	52
Inclusión de acompañantes	52
Innovar para potenciar el seguimiento de las clientas con el uso de tecnología móvil	53
Garantizar una buena gestión financiera	53
Implementación de estrategias hija- madre	54
Llegar a las mujeres elegibles a través de visitas domiciliarias	54
Más información: Recursos recomendados	55
Anexos	56
Anexo 1. Ejemplo de póster para su adaptación	56
Anexo 2. Ejemplo de folleto para su adaptación	57
Anexo 3. Formularios de referencia para su adaptación	59
Anexo 4. Herramienta de garantía de calidad para su adaptación	61
Bibliografía	64
Referencias	66

Siglas y abreviaciones

ADN: Ácido Desoxirribonucleico

CCSPT: Detección de cáncer cervicouterino y terapia de prevención

CO₂: Dióxido de carbono

ECC: Legrado endocervical

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

GAVI: Alianza mundial para el fomento de la vacunación y la inmunización

IEC: Información, educación y comunicación

IPPF: Federación Internacional de Planificación Familiar

IVAA: Inspección visual con ácido acético

IVL: Inspección visual con yodo de Lugol

LBC: Citología de base líquida

LEEP: Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical

N₂O: Óxido nitroso

OMS: Organización Mundial de la Salud

Pap: Prueba de Papanicolaou

PIBM: Países de ingresos bajos y medios

SSR: Salud sexual y reproductiva

UICC: Unión Internacional para el Control del Cáncer

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

VPH: Virus del papiloma humano

Agradecimientos

Queremos agradecer a Marcela Rueda Gómez (IWORDS Global) por preparar este documento, y a integrantes del personal de la IPPF que participaron en el Grupo de Trabajo sobre Cáncer Cervicouterino - Yuhsin Huang, Natassha Kaur, Nay Lynn Aung Sai, Aatur Rahman, Marieka Vandewiele, Rebecca Spencer, Skye Beare y Alejandra Meglioli - por sus aportaciones técnicas y su orientación como líderes en la revisión del documento. También agradecemos a nuestro colega Don MacIntyre por facilitar el proceso de lanzamiento de este producto. Agradecemos especialmente a colegas de las organizaciones asociadas - Hugo De Vuyst (International Agency for Research on Cancer) y Ricky Lu (JHPIEGO) - que ofrecieron su valioso tiempo y experiencia técnica para garantizar la exactitud y la amplitud de la información que se presenta a continuación. Finalmente, agradecemos a integrantes de la IPPF - Laura Hurley, Kate Gray, Annet Kyarimpa - quienes apoyaron con la revisión durante el proceso de desarrollo. También queremos agradecer el apoyo del Fondo de Expansión de Prevención del Cáncer Cervical y del Equipo de Desarrollo de Nuevos Negocios de la IPPF.

EDICIÓN, DISEÑO Y PRESENTACIÓN

IWORDS Global

www.iwordsglobal.com

Fotos:

IPPF: Tommy Trenchard, George Osodi, Gert Izeti, Graeme Robertson

Prólogo

El cáncer cervicouterino es el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres,^a con un estimado de 570 000 nuevos casos en 2018, lo cual representa el 6.6% de todos los cánceres femeninos. Aproximadamente el 90% de las muertes por cáncer cervicouterino ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos (PIBM).¹ La mayoría de las mujeres que mueren de cáncer cervicouterino, particularmente en los países en desarrollo, están en la plenitud de sus vidas. La muerte de una mujer debido a una enfermedad prevenible es tanto una tragedia personal como una pérdida triste e innecesaria para su familia y su comunidad, con enormes repercusiones para el bienestar de ambas.²

Los programas existentes de prevención del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo han fracasado en lograr un mayor impacto debido a una combinación de factores, entre los que se incluyen debilidades en sistemas de salud incapaces de integrar las nuevas tecnologías para la prevención y el tratamiento, la escasez de recursos financieros y la falta de voluntad política, así como el acceso desigual de las mujeres a la atención de la salud en muchas sociedades debido a las normas de género y a las estructuras patriarcales dominantes que afectan su capacidad para ejercer plenamente sus derechos.

Para superar esta realidad se requieren esfuerzos coordinados de un grupo diverso de actores, incluyendo las autoridades en diferentes niveles, proveedores e instituciones de salud, la comunidad de donantes, científicos y organizaciones de la sociedad civil -particularmente aquellas que se ocupan de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estos esfuerzos deberían conducir a la implementación de intervenciones programáticas a lo largo de la vida de la mujer, combinando estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria basadas en datos empíricos, que se apliquen desde una perspectiva de derechos y que tengan efecto directo en la disminución de la mortalidad.

El propósito de esta **Guía práctica para programas de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino**, elaborada por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), es contribuir a la implementación de programas de prevención secundaria más sólidos y a servicios de referencia de alta calidad para la atención primaria y terciaria, a fin de reducir la incidencia asociada y la mortalidad en el largo plazo.

^a Esta guía a menudo se refiere a las "mujeres". Aunque la gran mayoría de los servicios relacionados con el cáncer cervicouterino se prestan a personas que se identifican como mujeres, la IPPF reconoce que otras personas que no se identifican como mujeres (como varones trans/trans masculinos y personas no binarias) también pueden tener necesidad de programas de prevención del cáncer cervicouterino primario, secundario y terciario.

Introducción

Contenidos

Esta **guía** ofrece recomendaciones prácticas para la introducción y/o fortalecimiento de programas de **prevención del cáncer cervicouterino** dirigidos por organizaciones de salud sexual y reproductiva (SSR). Consta de cinco secciones principales:

- **Justificación: ¿Por qué trabajar en la prevención del cáncer cervicouterino?** - Esta sección resume los datos críticos sobre este tipo de cáncer y explica por qué las Asociaciones Miembro de la IPPF y otras organizaciones de SSR deben integrar los programas de prevención en su trabajo.
- **Primeros pasos: Información general del cáncer cervicouterino** - Esta sección ofrece una breve descripción general de este tipo de cáncer, incluyendo información sobre las tecnologías disponibles para su prevención (con un enfoque en pruebas de detección y tratamiento). Esta sección también proporciona información sobre las ventajas y limitaciones de diferentes métodos, así como recomendaciones sobre la edad y el lapso sugerido entre las pruebas de detección.
- **Pasos para el diseño de programas de prevención del cáncer cervicouterino** - Esta sección ofrece recomendaciones basadas en evidencia para diseñar, implementar, monitorear y evaluar programas preventivos (con un enfoque en pruebas de detección y terapia preventiva). Esta sección también incluye una serie de breves estudios de caso que presentan ejemplos de cómo otras organizaciones han incorporado estas recomendaciones en su trabajo.
- **Buenas prácticas en la programación del cáncer cervicouterino** - Esta sección resume intervenciones exitosas que ayudan a reducir las barreras y aumentar el acceso de mujeres con escasos recursos, prevenir la pérdida de seguimiento de las mujeres con resultados positivos y generar un entorno propicio para la provisión de programas sustentables.
- **Más información: Recursos recomendados** - Esta sección incluye una lista de materiales útiles para complementar el contenido de esta guía, incluyendo, entre otros, pautas, herramientas de capacitación, videos, artículos para revistas profesionales y sitios web.

¿Por qué se elaboró esta guía?

Un número cada vez mayor de Asociaciones Miembro de la IPPF y organizaciones de SSR están trabajando en la introducción y/o fortalecimiento de los programas de prevención del cáncer cervicouterino, con el objetivo de aumentar su impacto en la reducción de la mortalidad y la morbilidad. Como resultado, existe una mayor demanda de lineamientos para diseñar, implementar y monitorear estos programas, partiendo de la evidencia más reciente, al igual que de las lecciones aprendidas y las mejores prácticas documentadas sobre la integración de la detección y tratamiento en la atención de la SSR existente. Además, se requiere más información sobre cómo llegar a las poblaciones más difíciles de alcanzar. Aunque hay muchos documentos técnicos y guías clínicas disponibles sobre el cáncer cervical, hay menos herramientas programáticas, especialmente dirigidas a las organizaciones de SSR. Esta guía busca llenar este

vacío al reunir la evidencia más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras fuentes reconocidas, en un documento amigable, que además incorpora hallazgos de la investigación operativa y la evaluación de programas de cáncer cervicouterino en diferentes regiones y la evidencia anecdótica de las Asociaciones Miembro de la IPPF.

Audiencia

Esta guía está dirigida principalmente a gerentes de programas, directores clínicos y otro personal programático del Secretariado de la IPPF y de las Asociaciones Miembro. La información proporcionada puede ser utilizada tanto por las Asociaciones Miembro que ya cuentan con experiencia y solo buscan mejorar sus programas de cáncer cervicouterino, como por aquellas que están planeando introducir nuevos servicios. Teniendo en cuenta que cada Asociación Miembro tiene sus particularidades y distintos niveles de experiencia, es probable que no todo el contenido incluido en esta guía sea igualmente relevante para todas las Asociaciones.

Otras organizaciones de SSR interesadas en la programación del cáncer cervicouterino pueden utilizar las recomendaciones proporcionadas, en la medida en que sean relevantes para sus estructuras internas, capacidades y el estado actual de sus programas.^b



^b Para apoyar el uso por una amplia gama de actores, la guía estará disponible en línea, en inglés, francés y español. La traducción a otros idiomas será considerada en el futuro.

Justificación: ¿Por qué trabajar en la prevención del cáncer cervicouterino?

La prevención del cáncer cervicouterino es un tema de equidad en salud.

La "Equidad en salud" implica que, idealmente, todo el mundo debería tener una oportunidad justa para alcanzar su pleno potencial en salud y nadie debería estar en desventaja a la hora de alcanzar este potencial (OMS, fecha no disponible). Como muestran las siguientes estadísticas (Globocan, 2012), las mujeres en los países de ingresos bajos y medios y aquellas viviendo con el VIH se ven afectadas injustamente por una de las formas de cáncer más prevenibles y tratables:

- El cáncer cervicouterino es el cuarto cáncer más común en mujeres, y el séptimo en general, con un estimado de 528 000 nuevos casos en 2012. **Una gran mayoría (alrededor del 85%) de la carga mundial ocurre en las regiones menos desarrolladas**, donde el cáncer cervicouterino representa casi el 12% de todos los cánceres femeninos.
- Las regiones de alto riesgo (tasas normalizadas superiores a 30 por cada 100 000 habitantes) comprenden África oriental (42.7), Melanesia (33.3) y África meridional (31.5) y central (30.6). Las tasas más bajas se registran en Australia/Nueva Zelanda (5.5) y Asia Occidental (4.4). **El cáncer cervicouterino sigue siendo el cáncer más común entre las mujeres de África oriental y central.**
- Se estima que en 2012 se produjeron 266 000 muertes por cáncer cervicouterino en todo el mundo, lo que representa el 7.5% de todas las muertes por cáncer en mujeres. **Casi nueve de cada 10 (87%) muertes por cáncer de cuello uterino ocurren en las regiones menos desarrolladas. La mortalidad varía 18 veces entre las diferentes regiones del mundo**, con tasas que van desde menos de dos por 100 000 en Asia Occidental, Europa Occidental y Australia/Nueva Zelanda hasta más de 20 por 100 000 en Melanesia (20.6) y África Central (22.2) y Oriental (27.6). Se prevé que las muertes por cáncer cervicouterino aumenten en casi un 25% en los próximos 10 años.
- Las mujeres que viven en zonas marginadas, tanto rurales como semiurbanas, tienen acceso limitado a las instalaciones que prestan servicios de detección y tratamiento del virus del papiloma humano (VPH). La proximidad en la atención de la salud ha sido identificada como una de las barreras comunes que impiden que las mujeres busquen servicios de detección. Adicionalmente, las mujeres que viven con el VIH son más vulnerables que las mujeres VIH-negativas a la infección persistente por el VPH y tienen un riesgo cuatro o cinco veces mayor de desarrollar cáncer. Con la disminución de la mortalidad asociada al VIH, el cáncer cervicouterino se ha convertido en una de las principales causas de muerte de las 16 millones de mujeres que viven con VIH en todo el mundo.

Fuentes: Hoja informativa sobre cáncer de cuello uterino Globocan 2012 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.

Lim JNW & Ojo AA. Barreras para la utilización de la prueba del cáncer cervicouterino en África subsahariana: Una revisión sistemática. European Journal of Cancer Care. 2017;26, e12444, doi: 10.1111/ecc.12444 | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El informe Gap. Ginebra, Suiza, ONUSIDA, 2014

La prevención del cáncer cervicouterino es una cuestión de derechos de las mujeres e igualdad de género.

- La falta de técnicas preventivas disponibles es una clara violación del derecho de las mujeres a la salud, a la vida, a disfrutar de los beneficios del progreso médico y a otros derechos humanos fundamentales reconocidos en tratados internacionales.
- La muerte de una mujer debido a una enfermedad prevenible, como el cáncer cervicouterino es inaceptable! Ilustra el impacto de las desigualdades de género en la salud de las mujeres: las mujeres vulnerables que se encuentran en desventaja por factores históricos y socioeconómicos (por ejemplo, aquellas en países en desarrollo; las más empobrecidas, en particular las que viven en zonas remotas; y quienes viven con VIH) se enfrentan a retos significativos -además del estigma- cuando acceden a los servicios y, por lo tanto, corren el mayor riesgo de padecer cáncer cervical.
- Las experiencias de las Asociaciones Miembro que trabajan en el tema del cáncer cervicouterino también indican que las normas y prácticas de género adversas afectan la capacidad de las mujeres para acceder a servicios vitales, tales como la prevención oportuna del cáncer cervicouterino, y para tomar sus propias decisiones libres con respecto al tratamiento preventivo.

La IPPF está comprometida con la integración de la prevención del cáncer cervicouterino en su trabajo, pero existen retos significativos en cuanto a su implementación.

Abordar el cáncer cervicouterino es una parte central del mandato de la IPPF y se incluye como parte del Paquete Integrado de Servicios Esenciales (IPES, por sus siglas en inglés). Este Paquete cubre una amplia gama de servicios de SSR destinados a satisfacer las necesidades más apremiantes de las poblaciones atendidas por las Asociaciones Miembro de la IPPF, entre ellos consejería, métodos anticonceptivos, servicios de atención de aborto seguro, atención de infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones del tracto urinario, VIH, [servicios de ginecología \(incluidas pruebas de detección de cáncer cervicouterino\)](#), cuidados prenatales y atención de casos de violencia de género.

- Nuestra atención en cáncer cervicouterino también está interrelacionada con los compromisos adquiridos por la Federación como parte de su Plan Estratégico 2016-2022 y su Estrategia de Igualdad de Género 2017-2022. Estos marcos acentúan la importancia de satisfacer las necesidades de las personas, en toda su diversidad, a lo largo de toda su vida, considerando los diferentes retos a los que pueden enfrentarse en distintas etapas y la forma en que se ven afectadas por el contexto sociocultural en el que viven. Estas estrategias también enfatizan la necesidad de enfocar el trabajo de la IPPF en la inclusión, para asegurar que las acciones lleguen a las personas socialmente excluidas, marginadas y desatendidas.
- La documentación del trabajo de la IPPF hasta la fecha indica que aún existen desafíos significativos en términos de:
 - a) garantizar el acceso al tratamiento de las lesiones precancerosas (Esta es una cuestión de suma importancia, puesto que la evidencia indica que, en algunos países, hasta el 80% de las mujeres diagnosticadas con lesiones precancerosas nunca reciben el tratamiento recomendado.^{a)}).
 - b) romper con el estigma/disipar mitos asociados con el cáncer en general, pero especialmente con el cáncer cervicouterino.
 - c) llegar a las mujeres en el rango de edad recomendada (30-49 años).
 - d) garantizar servicios sustentables para mujeres desatendidas, en particular las que viven en zonas remotas y/o marginadas.

Fuentes: 1. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, et al. Follow-up care of Women with an abnormal cytology in a low-resource setting.

Primeros pasos: Información general del cáncer cervicouterino

Datos clave del cáncer cervicouterino³

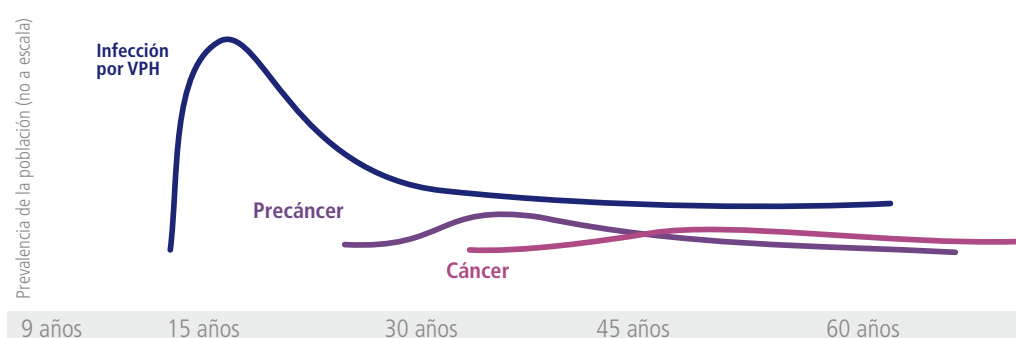
- El virus del papiloma humano (VPH) es la principal causa del cáncer cervicouterino. También hay evidencia que conecta al VPH con cánceres de ano, vulva, vagina, pene y garganta.
- El VPH es un grupo de virus que son extremadamente comunes en todo el mundo. Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales al menos 14 son cancerígenos (también conocidos como tipos de alto riesgo). Dos tipos de VPH (16 y 18) causan el 70% de los cánceres cervicales y el 50% de las lesiones cervicales precancerosas.
- El VPH se transmite principalmente a través del contacto sexual, y la mayoría de las personas se infectan con el VPH poco después del inicio de la actividad sexual.
- La infección por VPH no suele causar daño grave ni tiene síntomas notorios, y generalmente desaparece por sí sola sin tratamiento médico. En algunos casos, el VPH no desaparece y el virus puede causar lesiones precancerosas o incluso cáncer cervical.
- El cáncer cervicouterino tarda de 15 a 20 años en desarrollarse en mujeres con un sistema inmunológico sano, lo que significa que existen oportunidades durante un largo período de tiempo para identificar la presencia del virus y cualquier lesión precancerosa. Puede tomar solo de cinco a 10 años para presentarse en mujeres con sistemas inmunológicos debilitados, como aquellas con infección VIH no tratada.
- Los factores de riesgo para la persistencia del VPH y el desarrollo del cáncer cervicouterino incluyen la primera relación sexual precoz, las parejas sexuales múltiples, el consumo de tabaco y la inmunosupresión (por ejemplo, las mujeres que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de infección por el VPH y se infectan con mayor frecuencia por múltiples tipos de VPH).



El continuo para la prevención del cáncer cervicouterino

La prevención del cáncer cervicouterino requiere un conjunto de intervenciones de carácter integral durante el curso de la vida de la mujer, como se ilustra en la Diagrama 1. Esta guía se enfoca en la prevención secundaria y la referencia (derivación) a la prevención primaria y terciaria, teniendo en cuenta que las Asociaciones Miembro de la IPPF juegan un papel crítico en la provisión de pruebas de detección y tratamiento. Las poblaciones objetivo de las Asociaciones Miembro suelen tener la oportunidad de acceder a una atención integrada que abarque pruebas de detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento, y otros servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).

Diagrama 1: Panorama general de intervenciones programáticas a lo largo de la vida, orientadas a prevenir la infección por VPH y el cáncer cervicouterino.



Fuente: OMS, 2013. Comprehensive cervical cancer prevention and control a healthier future for girls and women.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Niñas de 9 a 14 años

- Vacunación contra el VPH
Nota: existe nueva información disponible sobre el uso de vacunas entre niños, mujeres sexualmente activas que tienen múltiples parejas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (Ver "referencias" (11))

Niñas y niños, según corresponda

- Información en salud y advertencias sobre el uso del tabaco*
- La educación en sexualidad adaptada a edad y cultura
- Promoción/provisión de condones para las personas que tienen actividad sexual

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Mujeres > 30 años de edad Detección y tratamiento según sea necesario

- "Detección y tratamiento" con tecnología de bajo costo conocida como IVAA, seguida de tratamientos como la crioterapia (cuando sea necesaria)
- Pruebas de detección del VPH para los tipos de VPH de alto riesgo (por ejemplo, los tipos 16, 18 y otros)

PREVENCIÓN TERCIARIA

Todas las mujeres, según sea necesario Tratamiento del cáncer invasivo a cualquier edad

- Cirugía ablativa
- Radioterapia
- Quimioterapia

Tecnologías de prevención del cáncer de cuello uterino

Se ha desarrollado una amplia gama de tecnologías para apoyar la prevención del cáncer cervicouterino en el continuo que va desde la prevención primaria hasta la terciaria. Estas tecnologías se centran en el VPH y en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC), una lesión premaligna que puede existir en cualquiera de las tres etapas:

* El consumo de tabaco es un factor de riesgo adicional para el cáncer de cuello uterino.

NIC1, NIC2 o NIC3. Si no se trata, la NIC2 o la NIC3 (colectivamente denominada NIC2+) pueden evolucionar hacia el cáncer cervicouterino.⁴ Esta guía se centra en la prevención secundaria, y a continuación se ofrece una breve explicación de cada uno de los métodos relevantes utilizados dentro de este tipo de prevención. También incluye una breve explicación sobre las vacunas, puesto que las Asociaciones Miembro de la IPPF tienen el potencial de apoyar las iniciativas de inmunización del sector público y fortalecer la amplitud de su trabajo sobre el cáncer cervicouterino, especialmente a través de la educación y sensibilización.

1. PREVENCIÓN PRIMARIA - VACUNACIÓN CONTRA EL VPH

DATOS CLAVE

- Se ha comprobado que las vacunas contra el VPH son altamente efectivas y seguras.⁵ El Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas recomienda las vacunas contra el VPH como un producto extremadamente seguro.⁶
- Estudios de costo-efectividad han recomendado la inmunización contra el VPH como un complemento, no un sustituto, de la prueba de detección cervical.⁷
- Tres^c vacunas contra el VPH (Cervarix [bivalente^d], Gardasil [cuadrivalente^e], Gardasil 9[nanovalente^f]) se comercializan actualmente en numerosos países de todo el mundo. Las tres vacunas son altamente eficaces para prevenir la infección por los virus de los tipos 16 y 18, que en conjunto son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino en el mundo. Las vacunas también son altamente eficaces para prevenir las lesiones cervicales precancerosas causadas por estos tipos de virus.
- La vacuna contra el VPH funciona mejor si las personas la reciben antes de entrar en contacto con el VPH, es decir, antes de tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales.
- La vacuna contra el VPH no protege contra otras infecciones que se propagan durante las relaciones sexuales, como clamidia, y no impedirá que las niñas tengan embarazos no deseados, por lo que la práctica del sexo seguro sigue siendo vital.
- Los beneficios de los programas de vacunación contra el VPH aplicados eficazmente ya son muy evidentes. Varios países que han introducido las vacunas contra el VPH en sus programas de inmunización han informado de una disminución del 50% en la tasa de incidencia de lesiones precancerosas uterinas y cervicales entre las mujeres más jóvenes. En cambio, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en Japón, donde la vacunación contra el VPH no se recomienda de manera proactiva, aumentó en un 3.4% de 1995 a 2005 y se espera que aumente en un 5.9% de 2005 a 2015.⁸

POBLACIÓN OBJETIVO

- El principal grupo objetivo en la mayoría de los países que recomiendan la vacunación contra el VPH son las adolescentes de 9 a 14 años de edad.
- Se recomienda un programa de dos dosis (cero y seis meses) para las tres vacunas para las mujeres menores de 15 años de edad en el momento de la primera dosis.⁹
- Se recomienda un programa de tres dosis (cero, dos y seis meses) para las mujeres mayores de 15 años y para las que se sabe que tienen un sistema inmunológico débil, como las mujeres que viven con VIH.¹⁰
- Estudios modelo también han demostrado que la inclusión de niños, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y mujeres sexualmente activas que tienen múltiples parejas (como trabajadoras sexuales) en los programas de inmunización probablemente podría aumentar la velocidad y la magnitud de la reducción del cáncer cervicouterino.^{11g}

^c Para obtener más información, visita https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/

^d Protege contra los tipos de virus 16 y 18.

^e Protege de los tipos de virus 16, 18 y de las verrugas anogenitales, una enfermedad genital común que casi siempre es causada por la infección con los tipos 6 y 11 del VPH.

^f Protege contra los tipos de virus 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52 y 58.

^g El cáncer cervicouterino no afecta directamente a los niños y a los varones porque no tienen cuello uterino. Pero otros cánceres que pueden afectar a los varones, como el cáncer de ano, pene, cabeza y cuello, también están relacionados con la infección por los tipos 16 y 18 del VPH.

VENTAJAS FUNDAMENTALES

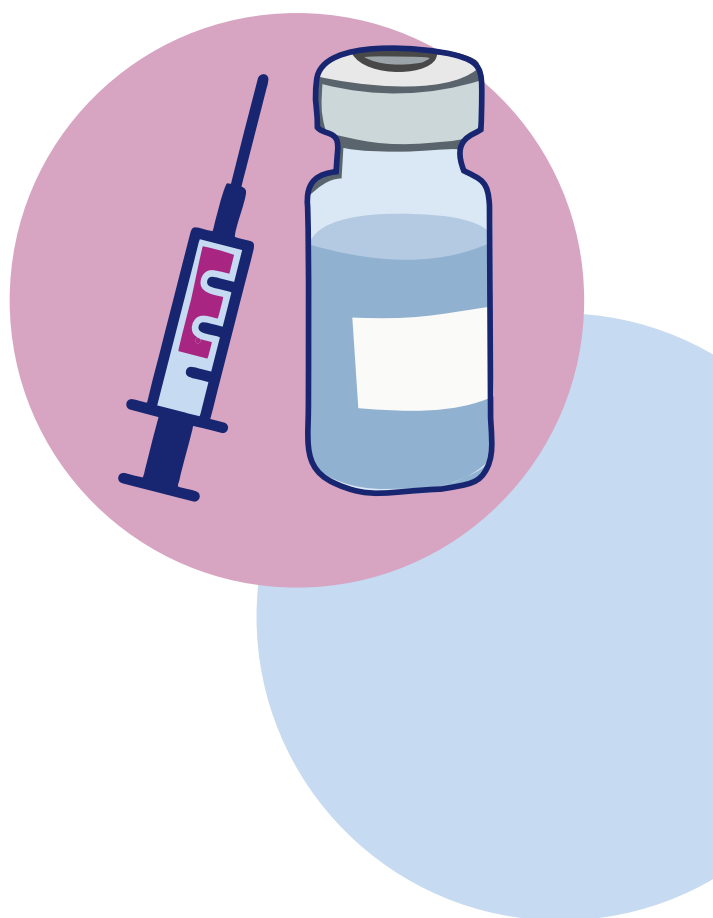
- GAVI Alliance^h estima que la vacuna contra el VPH es una de las inmunizaciones de mayor impacto en su gama, puesto que evita 20 muertes por cada 1 000 vacunados.
- Los estudios de observación indican que los programas de inmunización pueden ser capaces de lograr una protección más equitativa en todas las clases sociales que la prueba del cáncer cervicouterino, puesto que pueden llegar rápidamente a un elevado número de niñas estudiantes.¹²

LIMITACIONES O DESVENTAJAS

- Programas de vacunación contra el VPH pueden ser costosos.
- Programas ejecutados con niños y adolescentes que no asisten a la escuela pueden presentar problemas de seguimiento para la segunda dosis.
- Las mujeres vacunadas pueden considerarse plenamente protegidas y es posible que en el futuro no deseen someterse a pruebas de detección.¹³

OTROS

- El desarrollo de programas para cubrir la vacunación contra el VPH se ve afectado por argumentos no fundamentados sobre la seguridad de las vacunas por parte de grupos antivacunación.¹⁴ Es importante desarrollar mensajes para disipar los mitos y rumores existentes, entre ellos el hecho de que la vacuna contra el VPH no es abortiva, ni tiene propiedades que afectan la fertilidad, y que la vacuna no dará como resultado que individuos tengan relaciones sexuales con mayor grado de desprotección. La vacunación contra el VPH no está asociada con eventos adversos severos.ⁱ
- Se recomienda que los programas de vacunación contra el VPH se incorporen como parte de una iniciativa nacional ejecutada por alianzas de múltiples actores, a fin de garantizar una cobertura elevada, la capacidad de llegar a las comunidades desatendidas y la sustentabilidad, y asegurar que las vacunas formen parte de la estrategia general para eliminar el cáncer cervicouterino.



^h GAVI es una organización internacional creada en el año 2000, con el objetivo de mejorar el acceso a vacunas nuevas y subutilizadas para niños que viven en los países más pobres del mundo. Para obtener más información, visita www.gavi.org

ⁱ Para obtener más información, visita las declaraciones de seguridad del Comité Consultivo Mundial sobre Vacunas, disponibles en: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/en/

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria consiste en la prueba de detección, cuyo objetivo es identificar y tratar los cambios precancerosos que, si no se manejan, pueden provocar cáncer. La prueba de detección, por sí sola, no tiene un valor preventivo real, y es esencial establecer vínculos con el tratamiento de las lesiones precancerosas. **Si no se puede poner en práctica dicha relación, es probable que el programa de detección no tenga ninguna repercusión en la incidencia del cáncer cervicouterino.**

2.1 PANORAMA DE LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO¹⁵

PRUEBAS DE ADN EN VPH

PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN

La muestra es tomada por el proveedor o por la propia mujer, almacenada en un recipiente con una solución conservante adecuada y enviada al laboratorio (o procesada inmediatamente in situ si se utiliza un enfoque de una sola visita^l o la estrategia de punto de atención^k).

FORTALEZAS

- La recolección del espécimen es simple, facilitando la posibilidad de la auto-toma de muestras.
- Las muestras vaginales recogidas por la propia mujer presentan la posibilidad de aumentar la cobertura y la detección temprana en áreas con recursos restringidos.
- Las muestras vaginales recogidas por la propia mujer permiten que las mujeres que no quieren ser examinadas por los proveedores de salud tengan acceso a los servicios de detección. La prueba es adecuada para mujeres que tienen un orificio pequeño o que no toleran un espéculo.
- Si se utiliza una prueba de detección bajo la estrategia de punto de atención, con procesamiento in situ y con resultados rápidos, podrá darse seguimiento a un resultado positivo -por ejemplo, ofreciendo como protocolo de intervención el tratamiento ablativo inmediato para todas las mujeres VPH-positivas, o el tratamiento inmediato previa realización de una prueba confirmatoria adicional como la inspección visual. Lo anterior logra que se implemente el enfoque de visita única.

LIMITACIONES

- Este enfoque requiere suministros y equipo, a los que tal vez no se pueda acceder fácilmente.
- En algunos lugares, el almacenamiento de materiales puede ser difícil (por ejemplo, almacenar tubos de recolección a temperatura ambiente [15-30 °C]).
- En general, los requisitos de transporte de laboratorio y de muestras son complejos.
- Usar una prueba de VPH que no utilice la estrategia de punto de atención, significa que el resultado no estará disponible de inmediato, lo que obliga a la usuaria a realizar múltiples visitas y aumenta el riesgo de pérdida en la etapa de seguimiento.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Entre las pruebas disponibles en el mercado que se utilizan en algunos países para pruebas de detección del cáncer cervicouterino, se incluyen las siguientes Captura Híbrida 2 (QIAGEN), careHPV (QIAGEN), Cobas HPV Test (Roche), Cervista HPV HR Assay (Hologic), Aptima HPV Assay (Hologic), BD Onclarity HPV Assay (BD) y GeneXpert/Xpert HPV (Cepheid).
- El costo unitario suele ser alto (careHPV ofrece un costo más accesible para PIBM).

^lLos servicios de detección se complementan con un tratamiento para las mujeres que tienen un resultado positivo, que indica posibles lesiones precancerosas. Idealmente, el tratamiento ocurre el mismo día y en el mismo lugar.

^kEstrategia de punto de atención se define como una prueba de detección tomada en el momento de la consulta, en un centro de atención, con disponibilidad inmediata para procesar los resultados y, de esta manera, permitir la toma de decisiones rápidas e informadas sobre los pasos a seguir.

MÉTODOS DE DETECCIÓN VISUAL - INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) E INSPECCIÓN VISUAL CON YODO DE LUGOL (IVL)

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Un proveedor capacitado realiza una prueba con espéculo cervicouterino para visualizar el cuello uterino y luego aplica ácido acético diluido o yodo de Lugol para visualizar los cambios de tejido en el cérvix.

FORTALEZAS

- La IVAA/IVL son métodos relativamente baratos y sencillos, con bajos requerimientos de infraestructura y equipo (fuente de luz adecuada, espéculo estéril, guantes de prueba, hisopos de algodón, ácido acético/yodo de Lugol, medidas de prevención de infecciones y productos para esterilización).
- Los resultados están disponibles inmediatamente, lo que disminuye las pérdidas en el seguimiento de la mujer.
- Una amplia gama de personal puede realizar IVAA/IVL después de la capacitación.
- Los requisitos de infraestructura son mínimos.
- Un resultado positivo puede darse seguimiento ofreciendo un tratamiento inmediato (es decir, un enfoque de visita única).

CONSIDERACIONES CLAVE

- Los programas de capacitación breves sobre la IVAA/IVL significan que los proveedores no siempre tienen la oportunidad de observar un número suficiente de casos para aprender a diferenciar los resultados negativos (los más comunes) de los positivos (los no comunes). Como la inspección visual puede ser subjetiva, es esencial una fuerte adherencia a las normas y una supervisión de apoyo.
- La IVAA/IVL no es apropiada para muchas mujeres posmenopáusicas o mujeres jóvenes que viven con VIH, puesto que los cambios pueden no ser evidentes a nivel de los tejidos.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- En el caso de la IVAA, es fundamental garantizar la potencia del ácido acético y de la fuente de luz para garantizar la calidad de la prueba.
- El proveedor de la prueba es responsable de identificar un conjunto de hallazgos asociados con lesiones precancerosas, y por lo tanto debe tener un buen conocimiento de la anatomía, fisiología y patología del cuello uterino. Deben conocer las características clínicas de las condiciones benignas, la inflamación, las lesiones precancerosas y el cáncer invasivo del cuello uterino.

PAPANICOLAOU (CITOLOGÍA CONVENCIONAL)

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

El proveedor utiliza una espátula y/o un cepillo pequeño para tomar una muestra de células del cuello, que luego se fija en las láminas y es examinada por un citotécnico capacitado en un laboratorio.

FORTALEZAS

- Este método ha demostrado ser útil para disminuir el cáncer cervicouterino en el contexto de un sistema que funciona de manera adecuada.
- Los establecimientos de salud de los países de recursos elevados pueden estar más familiarizados con este método, puesto que ha estado disponible durante muchos años.
- La capacitación y los mecanismos de control y garantía de calidad están bien establecidos.

CONSIDERACIONES CLAVE

- El método es difícil de introducir y mantener en entornos de bajos recursos, debido, entre otras cosas, a la falta de la infraestructura y la mano de obra necesarias (es decir, patólogos).
- Se necesitan sistemas para asegurar la devolución y la comunicación oportuna de los resultados de las pruebas y el seguimiento de la atención para las mujeres que resulten positivas.
- Se requiere transporte para desplazar las muestras al laboratorio y los resultados de vuelta a la clínica.
- Los programas de citología requieren un control de calidad clínico y de laboratorio y una garantía de calidad.

- La interpretación es subjetiva.
- Los resultados no están disponibles inmediatamente y se requieren múltiples visitas, lo que aumenta el riesgo de pérdida en el seguimiento de la usuaria.
- La citología tiene menor sensibilidad pero mejor especificidad.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Con este método, el principal papel de los proveedores de salud es recolectar muestras, no proporcionar diagnósticos.

CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA (LBC)

PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

El proveedor toma una muestra de células cervicales con una espátula y/o un cepillo pequeño, que luego se sumerge en una solución conservante y se envía a un laboratorio para su procesamiento y revisión por un citotécnico capacitado y un patólogo (cuando los resultados son anormales).

FORTALEZAS

- Una vez que los citotécnicos son competentes, las muestras de LBC tardan menos tiempo en revisarse.
- Las muestras también se pueden utilizar para pruebas moleculares (por ejemplo, para el ADN del VPH).

CONSIDERACIONES CLAVE

- Los suministros y las instalaciones de laboratorio para LBC son más caros que para la citología convencional. Consecuentemente, el método puede no ser una opción en la mayoría de los PIBM.
- Otras limitaciones son las mismas que para la citología convencional.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Véase la información proporcionada en el apartado "Papanicolaou".

COLPOSCOPÍA

PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

El cérvix, la vagina y la vulva se examinan con un colposcopio (o dispositivo similar), que proporciona una luz excelente y amplía el campo de observación. La colposcopia se utiliza para procedimientos de diagnóstico después de una prueba de detección primaria positiva o para mujeres con una prueba de IVAA inadecuada, por ejemplo, para mujeres en las que la unión del tejido estratificado-cilíndrico no es completamente visible.

FORTALEZAS

- Se pueden examinar los patrones de las células y los vasos sanguíneos circundantes.
- Este procedimiento se puede utilizar para guiar las biopsias de áreas anormales.

CONSIDERACIONES CLAVE

- La colposcopia requiere muchos recursos y requiere equipo especializado y servicios de patología.
- No debe utilizarse como método de detección.
- Se pueden crear cuellos de botella en el sistema si el procedimiento no está fácilmente disponible, lo que lleva a la pérdida de usuarias en la etapa de seguimiento.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Las pruebas de diagnóstico tienen implicaciones significativas en cuanto a los recursos. Pueden crear barreras significativas para que las mujeres accedan a los servicios, retrasando potencialmente el tratamiento y/o aumentando la pérdida de usuarias en la etapa del seguimiento. Por lo tanto, es posible que las mujeres nunca reciban tratamiento para lesiones precancerosas.
- No se deben exigir pruebas diagnósticas antes del tratamiento de lesiones precancerosas en contextos en donde los recursos no están disponibles o en entornos donde hay altas tasas de pérdida en el seguimiento de la usuaria.

BIOPSIA

PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

En caso de una impresión colposcópica de anormalidad, se extrae una pequeña muestra de tejido anormal para su prueba microscópica y el posterior diagnóstico.

FORTALEZAS

Una biopsia permite la confirmación histológica de una lesión, incluyendo del cáncer cervical.

CONSIDERACIONES CLAVE

Una biopsia requiere muchos recursos y requiere equipo especializado, así como servicios de patología.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Véase la información proporcionada en el apartado "Colposcopia" que aparece más arriba.

LEGRADO ENDOCERVICAL (ECC)

PROCEDIMIENTO

Las células superficiales del canal endocervical se raspan suavemente con un instrumento delgado especial o espátula y luego se envían a un laboratorio para su evaluación.

FORTALEZAS

- El ECC proporciona una muestra de células de un área del cuello uterino que no es identificable a simple vista o con colposcopia.

CONSIDERACIONES CLAVE

- El ECC es intensivo en recursos y requiere capacitación de los proveedores, equipo especializado y servicios de patología.
- Este procedimiento puede causar cólicos.
- Los resultados pueden ser confusos para interpretar si el tejido está fragmentado.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Véase la información proporcionada en el apartado "Colposcopia" que aparece más arriba.

2.2 COMPARACIÓN DE LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN

El cuadro que se presenta a continuación incluye una comparación de la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo de las pruebas de ADN del VPH, la detección visual y los métodos de pruebas de Papanicolaou, sobre la base de los datos obtenidos en zonas de ingresos bajos y medios.¹⁶

MÉTODO	SENSIBILIDAD *Proporción de personas que tienen condiciones identificadas correctamente por una prueba positiva.	ESPECIFICIDAD *Proporción de personas no afectadas, que se identifican correctamente mediante una prueba negativa	VALOR PREDICTIVO POSITIVO ¹⁷ *Probabilidad de tener una enfermedad cuando la prueba es positiva
Prueba de ADN del VPH	66-90%	61-96%	Alto valor predictivo positivo
Métodos de detección visual	67-80%	61-86%	Mínimo valor predictivo positivo
Pruebas de Papanicolaou	44-80%	mayor a 95%	Alto valor predictivo positivo

2.3 RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LA EDAD Y LA FRECUENCIA DEL PRUEBA¹⁸

- La detección del cáncer cervicouterino debe realizarse al menos una vez para las mujeres de entre 30 y 49 años de edad, según lo recomendado por la OMS. Por lo tanto, no se recomienda integrar la detección del cáncer cervicouterino como parte del paquete de atención en servicios amigables para jóvenes. Los servicios orientados a las necesidades de personas jóvenes y los programas de educación integral en sexualidad deberían seguir educando a mujeres jóvenes sobre el VPH, las prácticas sexuales seguras y el autocuidado a lo largo de toda su vida, aun cuando no se les proporcionen servicios de detección.
- El rango de edad puede ampliarse a mujeres más jóvenes (mayores de 25 años) si hay evidencia de alto riesgo de NIC, por ejemplo, para mujeres y jóvenes que viven con VIH.
- Mujeres que resulten negativas con IVAA o citología deben volver a ser examinadas después de tres a cinco años.
- Mujeres que dan negativo en la prueba del VPH deben volver a ser examinadas después de un intervalo mínimo de cinco años.
- Todas las mujeres que han sido tratadas por lesiones precancerosas deben ser reevaluadas después de un año.
- Mujeres con VIH deben ser examinadas para detectar cáncer cervicouterino en el momento del diagnóstico si son sexualmente activas y deben ser examinadas con el doble de frecuencia que la población general. La revisión debe repetirse por lo menos cada tres años.
- A las mujeres en el período posparto se les puede ofrecer una prueba de detección del cáncer cervicouterino mediante la prueba del VPH o una prueba de Papanicolaou a las seis semanas después del parto o mediante la IVAA a los seis meses después del parto.
- El período entre las pruebas de detección para las mujeres de entre 25 y 65 años de edad en entornos de altos recursos debe ser de un máximo de cinco años. Las mujeres pueden dejar de hacerse la prueba de detección en entornos de altos recursos a los 65 años de edad si han tenido resultados negativos consistentes durante los últimos 15 años o más. En entornos de bajos recursos, la prueba de detección puede detenerse a los 49 años de edad.
- Mujeres que han tenido una histerectomía pueden dejar de hacerse la prueba si el procedimiento se realizó por una razón no cancerosa.

2.4 RESUMEN DE LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO DISPONIBLES¹⁹

MÉTODO Y FUENTE DE ALIMENTACIÓN DEL DISPOSITIVO	PROCEDIMIENTO	FORTALEZAS	LIMITACIONES	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
Crioterapia / Gas N2O o CO2	Se aplica un disco de metal muy frío en el cuello uterino para congelar y destruir las lesiones precancerosas, con la consiguiente regeneración a epitelio normal.	• El equipo es simple y relativamente barato. • Médicos capacitados y competentes y personal clínico no médico pueden realizar este método, y la capacitación solo toma unos pocos días. • La crioterapia es un procedimiento ambulatorio y puede realizarse en un entorno de atención primaria. • El procedimiento es rápido, con el método de doble congelación que dura unos 15 minutos. • No se requiere anestesia. • Un resultado positivo en la prueba puede resultar en una propuesta de tratamiento durante la misma visita, maximizando la cobertura del tratamiento y reduciendo las pérdidas durante la etapa del seguimiento. • El dolor y las molestias para las mujeres son menores.	• No se dispone de ninguna muestra de tejido para la prueba histopatológica. • Este método causa una descarga acuosa profusa de hasta un mes. • El transporte de gas es a menudo complicado (los tanques de gas pueden ser pesados), y los tanques de gas poco manejables no son propicios para las campañas móviles de salud. • Este método puede ser costoso.	• Este método utiliza una sonda que está conectada a un tanque de gas y enfriada por este. • El rango de eficacia de este método es del 77% al 93%.

MÉTODO Y FUENTE DE ALIMENTACIÓN DEL DISPOSITIVO	PROCEDIMIENTO	FORTALEZAS	LIMITACIONES	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) / Electricidad	Las áreas anormales se extraen del cuello uterino mediante un asa hecha de alambre delgado alimentado por una unidad electroquirúrgica.	- Se obtendrá una muestra de tejido del procedimiento para la prueba histopatológica, lo que permite descartar la presencia de cáncer invasor. - Se puede realizar de forma ambulatoria en un nivel de atención secundario. - Es un procedimiento rápido (10-15 minutos) y técnicamente sencillo de realizar para personal clínico capacitado. - Un resultado positivo en la prueba puede ser seguido por una propuesta de tratamiento durante la misma visita, maximizando la cobertura del tratamiento y reduciendo las pérdidas durante la etapa de seguimiento. - El dolor y las molestias para las mujeres son menores.	- El LEEP requiere un entrenamiento intensivo. - Requiere una instalación donde se disponga de tratamiento en caso de eventos adversos graves (rara ocurrencia), tales como hemorragias. - La muestra de histología puede tener bordes carbonizados, lo que hace que los márgenes de la lesión sean difíciles de interpretar. - El equipo necesario es bastante sofisticado y necesita mantenimiento. - Requiere anestesia local.	- El equipo LEEP incluye una unidad electroquirúrgica que genera energía, un evacuador de humo con tubo, electrodos desechables y un espéculo recubierto con un material anticonductor. - Este método tiene una tasa de curación del 91% al 98% para la NIC3.
Lápiz criogénico (Cryopen) / Alimentación por batería	La máquina utiliza un refrigerador Stirling y helio como refrigerante. El núcleo de un solo lápiz (criosonda) se inserta en una vaina con una punta de 20 mm. La sonda permanece fría el tiempo suficiente para completar una congelación única de cinco minutos o para seguir el método de doble congelación.	- Este método se adapta a los PIBM. - Es rápido (15 minutos para una doble congelación). - El dolor y la incomodidad para las mujeres es menor. - El dispositivo es portátil (el dispositivo pesa 20 libras o 9 kg aprox.). - Los proveedores de nivel medio están utilizando actualmente el dispositivo en Haití y han tenido experiencias positivas.	- El etanol es necesario para el mantenimiento. - Se desconoce la durabilidad del dispositivo.	- El CryoPen adaptado para PIBM consiste en un dispositivo de enfriamiento integrado en una caja de herramientas, con una sonda contigua. El sistema es portátil, está equipado con un asa, pesa 20 libras y se puede utilizar para tratar aproximadamente a 24 mujeres por jornada de ocho horas. - Se están realizando ensayos clínicos para probar la eficacia de este método.

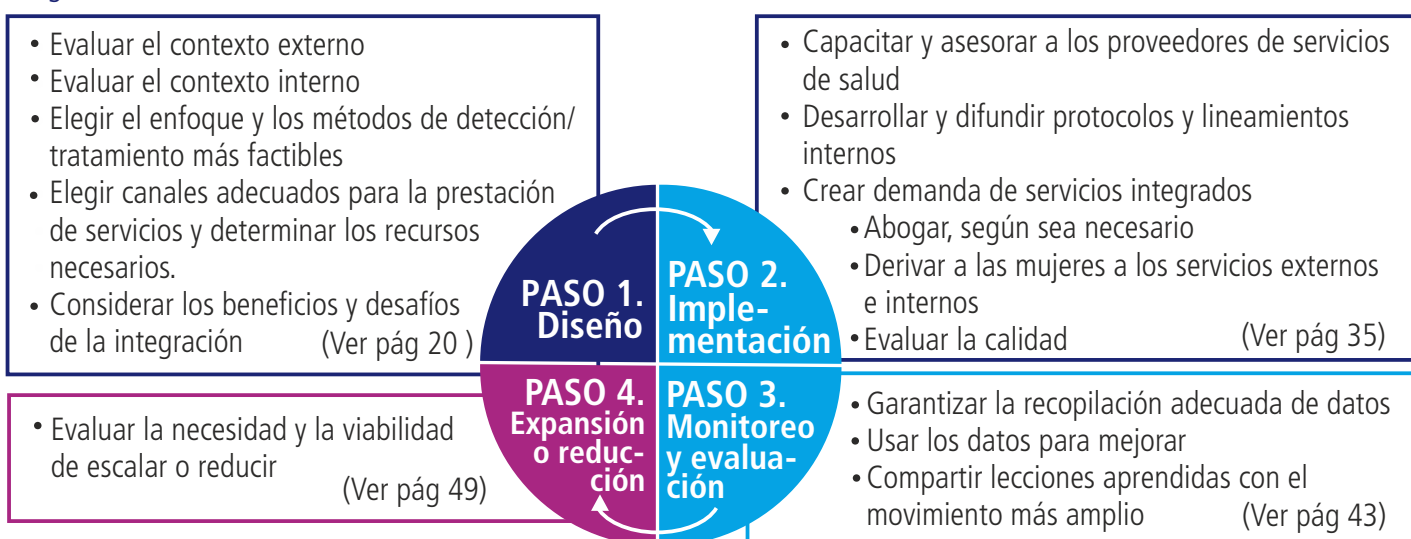
MÉTODO Y FUENTE DE ALIMENTACIÓN DEL DISPOSITIVO	PROCEDIMIENTO	FORTALEZAS	LIMITACIONES	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
Ablación térmica / Electricidad o una batería de automóvil.	La ablación térmica utiliza el calor para destruir el tejido cervical. Este método se puede utilizar para una sola aplicación, así como múltiples aplicaciones para lesiones más grandes, con duraciones de tratamiento que oscilan entre 20 y 40 segundos, de acuerdo a los lineamientos de la OMS.	- La ablación térmica es fácil de administrar, requiriendo solo el pequeño dispositivo y la electricidad. - El modelo actualizado incluye una sola punta con un diámetro más amplio, evitando la necesidad de cambiar las puntas para adaptarse a diferentes tamaños de lesión. - La punta de la sonda puede ser desinfectada a alto nivel en lugar de esterilizada. - Las pruebas de los ensayos realizados en Sudáfrica indican que la ablación térmica puede utilizarse como parte del enfoque de una sola visita, puesto que la mayoría de las mujeres seropositivas cumplen los criterios para el uso del método. - La simplicidad de esta intervención puede fomentar el cambio de este tipo de tratamiento de entornos hospitalarios a entornos comunitarios, similar al caso de la crioablación terapéutica.	- Este método utiliza electricidad como fuente de energía. - Todavía no se ha determinado la temperatura óptima ni el momento óptimo de aplicación. - Hay un dolor corto pero mínimo durante los procedimientos de ablación térmica.	- Este método consiste en una simple caja con un dial de temperatura y sondas unidas por cables. - El rango de eficacia de este método es del 85% al 95%. - Se dispone de dispositivos portátiles que funcionan con pilas.



Pasos para el diseño de programas de prevención del cáncer cervicouterino

Todas las organizaciones interesadas en la programación del cáncer cervicouterino deben navegar por las cuatro fases críticas de la gestión del programa: diseño, implementación, monitoreo y evaluación, y expansión/reducción de tamaño de la intervención (Ver la Diagrama 2 para ver una instantánea de los principales pasos a ser implementados como parte de cada fase). Tenga en cuenta que algunos de los pasos podrían no ser relevantes si una Asociación Miembro tiene experiencia previa en detección y tratamiento.

Diagrama 2.



1. DISEÑO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICUTERINO

Los programas de prevención del cáncer cervicouterino deben regirse por: una visión clara (por ejemplo, aumento de la cobertura en un x% en x zonas de captación); la identificación de los resultados críticos que contribuirán al logro de esta visión (por ejemplo, mayor conciencia y demanda de pruebas de detección del cáncer cervicouterino, aumento del número de prestadores de servicios de salud que estén dispuestos a ofrecer servicios de calidad, etc.); y el uso de la evidencia más reciente en este campo. Los siguientes pasos guiarán a las Asociaciones Miembro en la etapa de diseño:

1. EVALUAR EL CONTEXTO EXTERNO

Independientemente del nivel de experiencia que tenga una Asociación Miembro de la IPPF en materia de detección del cáncer cervicouterino, es esencial evaluar el contexto externo para comprender mejor las tendencias cambiantes, el impacto necesario, las oportunidades o desafíos en el entorno político, los nuevos actores y otros factores. La siguiente tabla incluye algunas preguntas recomendadas para ayudar a evaluar el contexto externo:

NUEVO EN LA PROGRAMACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICUTERINO

POLÍTICAS Y DIRECTRICES:

- ¿Las autoridades de salud pública han publicado lineamientos sobre la prevención secundaria del cáncer cervicouterino? De no ser así, ¿existe interés por parte del gobierno en relación con el tema?
- ¿Las lineamientos existentes están fundamentados en los últimos lineamientos de la OMS/otras fuentes autorizadas? De no ser así, ¿cómo podría afectar esto la introducción de un nuevo programa?
- ¿Las políticas y lineamientos existentes crean oportunidades o desafíos para la implementación de la prevención del cáncer cervicouterino (por ejemplo, las lineamientos nacionales imponen el uso de un método específico de detección, el gobierno solo permite el uso de capacitadores en cáncer cervicouterino certificados por una autoridad pública, los requisitos relativos a la recopilación y presentación de datos, las estrategias nacionales existentes en materia de prevención del cáncer cervicouterino, etc.)?
- ¿Los métodos de detección y tratamiento seleccionados ya son utilizados por proveedores de salud locales, según lo aprobado por las entidades nacionales pertinentes (por ejemplo, en algunos contextos, los consejos de enfermería deben incluir la IVAA en el ámbito de la práctica de los proveedores para que se pueda iniciar el uso de este método)?

DATOS:

- ¿Existe un Sistema de Información de Salud que pueda ser utilizado para monitorear los indicadores del programa de detección?
- ¿Cuál es la incidencia de cáncer cervicouterino y mortalidad relacionada para las áreas de cobertura de la Asociación Miembro?
- ¿Cuál es el número estimado de mujeres en el rango de edad objetivo primario (30-49 años) en las áreas de cobertura?
- ¿Cuál es la prevalencia del VIH entre las mujeres en las zonas de cobertura?
- ¿Cuáles son las necesidades más urgentes de SSR de las mujeres en las áreas de cobertura de la Asociación Miembro?

EXPERIENCED MEMBER ASSOCIATION

POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS:

- ¿Existen nuevas políticas/lineamientos que requieran que la Asociación Miembro adapte su actual programa de prevención del cáncer cervicouterino?

DATOS:

- Desde la introducción del programa actual, ¿se han registrado cambios en la incidencia del cáncer cervicouterino en el país/zona de intervención? ¿Qué indican estos datos sobre el éxito de las iniciativas existentes?
- ¿Las actuales áreas geográficas de intervención permiten a la Asociación Miembro llegar a las mujeres más vulnerables y marginadas?
- ¿Existen cambios en el contexto, que en el futuro puedan afectar el acceso a la detección y tratamiento del cáncer cervicouterino (por ejemplo, crisis humanitarias)?

PARTICIPANTES:

- Desde la introducción del programa sobre el cáncer cervicouterino, ¿hay nuevos actores involucrados en la prestación de servicios de detección y tratamiento? Si es así, ¿qué ofrecen?
- ¿Cuál es el potencial de colaboración con nuevos actores en las áreas de intervención?

VACUNACIÓN:

- Desde la introducción del programa sobre el cáncer cervicouterino, ¿ha introducido el gobierno nuevos programas de vacunación contra el VPH?
- ¿Cómo podrían las iniciativas de vacunación contra el VPH servir de vehículo para llegar a las mujeres en la edad prevista para los servicios de detección y tratamiento (por ejemplo, madres de niñas vacunadas de entre 30 y 49 años de edad)?

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CLIENTES POTENCIALES Y SUS COMUNIDADES:

- ¿Han cambiado los mitos y actitudes de la comunidad hacia la prevención del cáncer cervicouterino desde la introducción del programa? ¿A qué se atribuye este cambio?
- ¿Qué mitos o actitudes negativas prevalentes requieren inversiones adicionales por parte de la Asociación Miembro? La Estrategia Humanitaria de la IPPF recomienda suspender los servicios ginecológicos, incluyendo el examen pélvico, la prueba de mamas y la detección del cáncer cervicouterino, en emergencias agudas.

¹La Estrategia Humanitaria de la IPPF recomienda suspender los servicios ginecológicos, incluyendo el examen pélvico, la prueba de mamas y la detección del cáncer cervicouterino, en emergencias agudas.

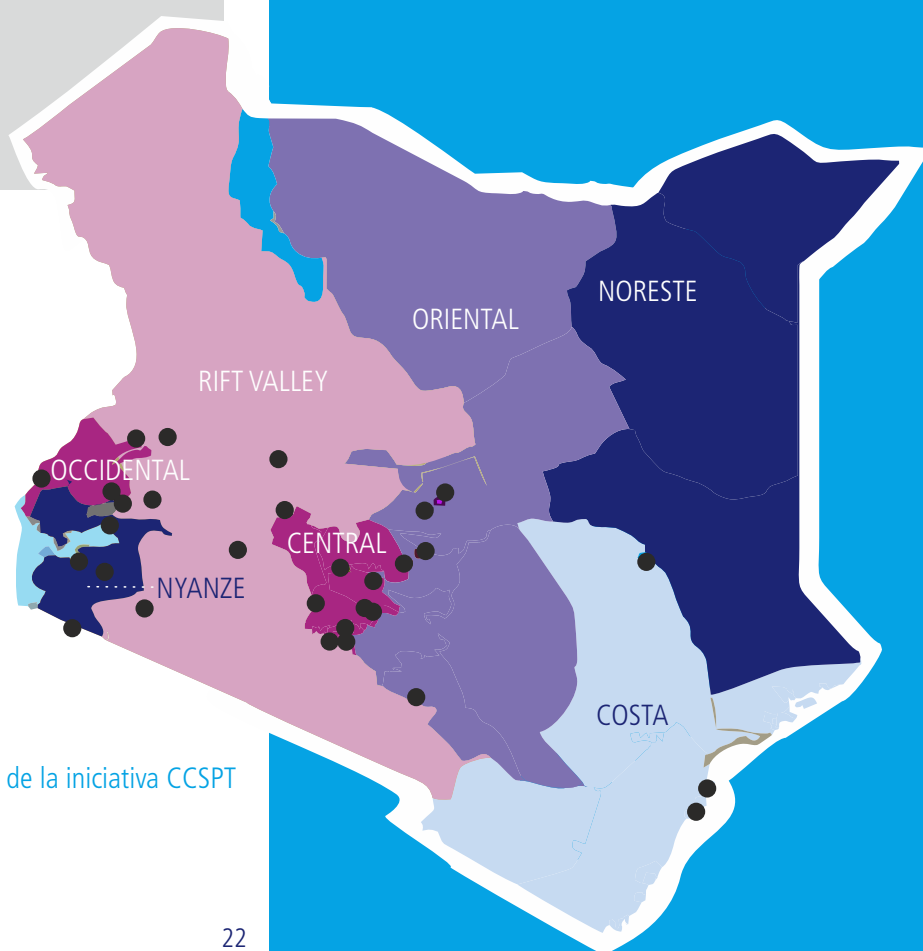
- ¿Las áreas de intervención seleccionadas para la iniciativa permiten a la Asociación Miembro llegar a las mujeres más vulnerables y marginadas?
- ¿Existen características del contexto que puedan presentar desafíos potenciales para que las mujeres accedan de manera segura a la detección y tratamiento del cáncer cervicouterino (por ejemplo, altos niveles de violencia basada en género, contexto humanitario, otros)?

ACTORES:

- ¿Qué están haciendo otros actores?
- ¿Qué otros actores están enfocados a usuarias potenciales con servicios de detección y tratamiento?
- ¿Otros actores ofrecen tanto la detección como el tratamiento, o solo la detección?
- ¿Cuál es el potencial de colaboración con otros actores en las áreas de intervención?

Breve estudio de caso No. 1.

Cuando Family Health Options Kenya comenzó a ejecutar el proyecto de detección y terapia preventiva del cáncer cervicouterino (CCSPT, por sus siglas en inglés) en colaboración con Marie Stopes International y Population Services International, esta alianza realizó un mapeo de actores y se centró en oferta de detección y tratamiento durante la fase inicial (el mapeo se actualizó durante la vida del proyecto). El mapeo que se observa a continuación fue utilizado por los socios para planificar sus redes de intervención y referencia.



Fuente: Documentación de la iniciativa CCSPT

2. EVALUAR EL CONTEXTO INTERNO

El liderazgo, la aprobación interna, la asignación de recursos y la voluntad de trabajar en colaboración con otras personas (por ejemplo, para la defensa de los derechos y las referencias/derivaciones) son esenciales, ya sea que una Asociación Miembro de la IPPF esté tratando de fortalecer su programación sobre el cáncer cervicouterino o de introducir una nueva iniciativa. La siguiente tabla incluye algunas preguntas recomendadas para ayudar a realizar una evaluación general del contexto interno:

NUEVO EN LA PROGRAMACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

CLIENTES

- ¿Cuál es el rango de edad de la población actualmente cubierta por los servicios de SSR de la Asociación Miembro? ¿Están dentro del rango de edad recomendado para la detección del cáncer cervicouterino (30-49 años de edad)?
- ¿La Asociación Miembro está llegando a las mujeres que viven con VIH? ¿Qué servicios ofrece la Asociación Miembro a las mujeres que viven con VIH?

SOPORTE INTERNO

- ¿Cuál es la motivación de la Asociación Miembro para trabajar con cáncer cervicouterino?
- ¿Existe interés desde distintas instancias de la organización (la junta directiva, el liderazgo, proveedores, por ejemplo)?
- ¿Existen desafíos potenciales para la aceptación del programa de prevención del cáncer cervicouterino? ¿Por quién? ¿Qué se puede hacer para superar dichos desafíos?

INTEGRACIÓN

- ¿Qué incluye el paquete actual de servicios de la Asociación Miembro (categorías de servicios)?
- ¿Qué servicios pueden integrarse potencialmente con el cáncer de cervicouterino? ¿Por qué?
- Para obtener más información sobre las consideraciones de integración, ver la página 28.

APOYO ECONÓMICO

- ¿Qué compromisos financieros puede asumir la Asociación Miembro para introducir un programa de prevención del cáncer cervicouterino?
- Para aprender más sobre los recursos financieros necesarios, ver las páginas 25 y 26.

ASOCIACIÓN MIEMBRO CON EXPERIENCIA

CLIENTES

- ¿Cuál es el rango de edad de la población actualmente cubierta por los servicios de detección de cáncer cervicouterino de la Asociación Miembro? ¿Están dentro del rango de edad recomendado para la detección del cáncer cervicouterino?
- ¿La Asociación Miembro está llegando a las mujeres que viven con VIH? ¿La detección y el tratamiento del cáncer cervicouterino forman parte del conjunto de servicios que se ofrecen a las mujeres que viven con VIH?

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

- ¿Qué método/enfoque está utilizando la Asociación Miembro para la detección del cáncer cervicouterino?
- ¿Existen oportunidades para poner a prueba un método/enfoque emergente con el fin de reducir las barreras y aumentar la cobertura e impacto?
- ¿Dispone la Asociación Miembro de mecanismos para ofrecer tratamiento a las mujeres que presentan lesiones precancerosas?
- ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles del programa actual (un gran número de mujeres no regresan para recoger sus resultados, por ejemplo)?

INTEGRACIÓN

- ¿Se pierden oportunidades para aumentar el acceso a la prevención del cáncer cervicouterino dentro de otros servicios de SSR?
- Para obtener más información sobre las consideraciones de integración, ver la página 28.

APOYO ECONÓMICO

- ¿Qué compromisos financieros puede hacer la Asociación Miembro para fortalecer la prevención del cáncer cervicouterino?

NUEVO EN LA PROGRAMACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

PERSONAL:

- ¿Existen actualmente proveedores que hayan recibido capacitación en detección y tratamiento (capacitados en una universidad, por ejemplo)?
- ¿Quién forma parte del equipo de salud de la Asociación Miembro?
- ¿Es compatible la carga de trabajo actual de los proveedores de servicios de salud con la introducción de un nuevo servicio?
- Para obtener más información sobre los requisitos para el personal, ver la página 25.



ASOCIACIÓN MIEMBRO CON EXPERIENCIA

- Para aprender más sobre los recursos financieros necesarios, ver las páginas 25 y 26.
- ¿Es compatible la carga de trabajo actual de los proveedores de servicios de salud con la introducción de un nuevo servicio?
- Para obtener más información sobre los requisitos para el personal, ver la página 25.

PERSONAL:

- ¿Existe una rotación significativa del personal capacitado en detección y tratamiento del cáncer cervicouterino?
- ¿Cuándo fue la última vez que se capacitó al personal en la prevención del cáncer cervicouterino (fecha, duración, contenido, tutoría recibida)? Para obtener más información sobre los requisitos de personal, ver la página 25.

DESEMPEÑO:

- ¿El desempeño actual (por ejemplo, número de mujeres que reciben tratamiento en los grupos de edad a los que va dirigido) es satisfactorio?
- ¿La tasa de positividad - el número de mujeres examinadas que muestran un resultado positivo - concuerda con la evidencia global y nacional? (Nota: La OMS estima una tasa de positividad de proximadamente el 10%).

3. SELECCIONAR EL ENFOQUE Y LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO MÁS VIABLES

Ya sea que una Asociación Miembro sea nueva en la programación de la prevención del cáncer cervicouterino o tenga experiencia previa, la identificación del enfoque y los métodos de detección y tratamiento más adecuados, deben incluir las siguientes consideraciones:

- Evidencia existente/recomendaciones de fuentes fidedignas
- Lineamientos nacionales (es decir, capacidad para introducir un método que no esté incluido en dichas directrices).
- Recursos existentes para adquirir y mantener suministros y equipos de detección/tratamiento.
- Capacidad instalada en el país/Asociación Miembro de intervención (Nota: IPPF desalienta a las Asociaciones Miembro sin experiencia a introducir nuevas tecnologías cuando no hay capacidad instalada en el país).
- Disponibilidad de servicios de laboratorio (por ejemplo, para pruebas de VPH, prueba de Papanicolaou)^m
- Capacidad de la población objetivo y voluntad de pagar por el método y los costos asociados (transporte para visitas múltiples, por ejemplo).
- Necesidades particulares de mujeres de la población beneficiaria (por ejemplo, algunos métodos de detección no permiten obtener resultados inmediatos, lo que significa que no es posible proporcionar tratamiento en una sola visita).
- La capacidad de la organización para hacer los cambios necesarios y avanzar, al introducir un nuevo método (por ejemplo, cambios en las prácticas y la mentalidad de los proveedores, cambios en el flujo de clientes).

^m La OMS no recomienda la introducción de la prueba de Papanicolaou en los PIBM. Para más información, véase https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf;jsessionid=BAE0F5F1945C1A7935DDEF8D519A5BEF?sequence=1.

RECOMENDACIÓN: Para obtener más información sobre el enfoque de visita única, visitar la publicación "El enfoque de visita única: Un enfoque práctico y eficaz para la prevención del cáncer cervicouterino. Lecciones aprendidas de nuestro trabajo en Kenia, Nigeria, Tanzania y Uganda" (IPPF, 2017).

Datos clave sobre los enfoques de prevención secundaria

• Enfoque de visita única:

- Con el enfoque de visita única, se usará un método de "detectar y tratar" o "ver y tratar", lo que significa que la cliente es tratada después de los resultados de la revisión sin confirmación del diagnóstico. Esto tiene por objeto evitar pérdidas durante la etapa del seguimiento.
- A las mujeres que resultan positivas en los servicios de detección precancerosa, se les ofrece tratamiento inmediatamente después. Lo ideal es que el tratamiento se realice el mismo día y en el mismo lugar.²⁰
- El enfoque de la visita única se ha aplicado con éxito en varios países de todo el mundo, y ha demostrado una gran aceptabilidad tanto entre los proveedores de servicios como entre las mujeres que fueron examinadas y tratadas, así como con un alto nivel de seguridad y eficacia.²¹
- La experiencia de las Asociaciones Miembro de la IPPF indica que el enfoque de ver y tratar también tiene un impacto positivo en la reducción de costos, puesto que la necesidad de suministros tales como guantes, productos de esterilización y otros productos básicos se reduce cuando se prestan los servicios pertinentes en una sola visita.

• Enfoque de visita múltiple:

- Este enfoque requiere múltiples visitas de la cliente para acceder a los resultados y el tratamiento.
- Un enfoque de visitas múltiples puede conducir a la pérdida de oportunidades y a menudo puede dar lugar a que las mujeres con resultados positivos no sean localizadas durante el seguimiento.
- Si bien las ventajas de un enfoque de una sola visita son claras, una estrategia de visitas múltiples sigue siendo válida dependiendo del presupuesto y la capacidad de una Asociación Miembro. También puede ser una estrategia eficaz en función de los costos, puesto que no todos los centros de prestación de servicios tendrán suficiente demanda (o capacidad) para contar con equipo de tratamiento y proveedores capacitados²².

A continuación se muestran ejemplos de las tareas implementadas como parte de los diferentes enfoques (Diagrama 3).²³

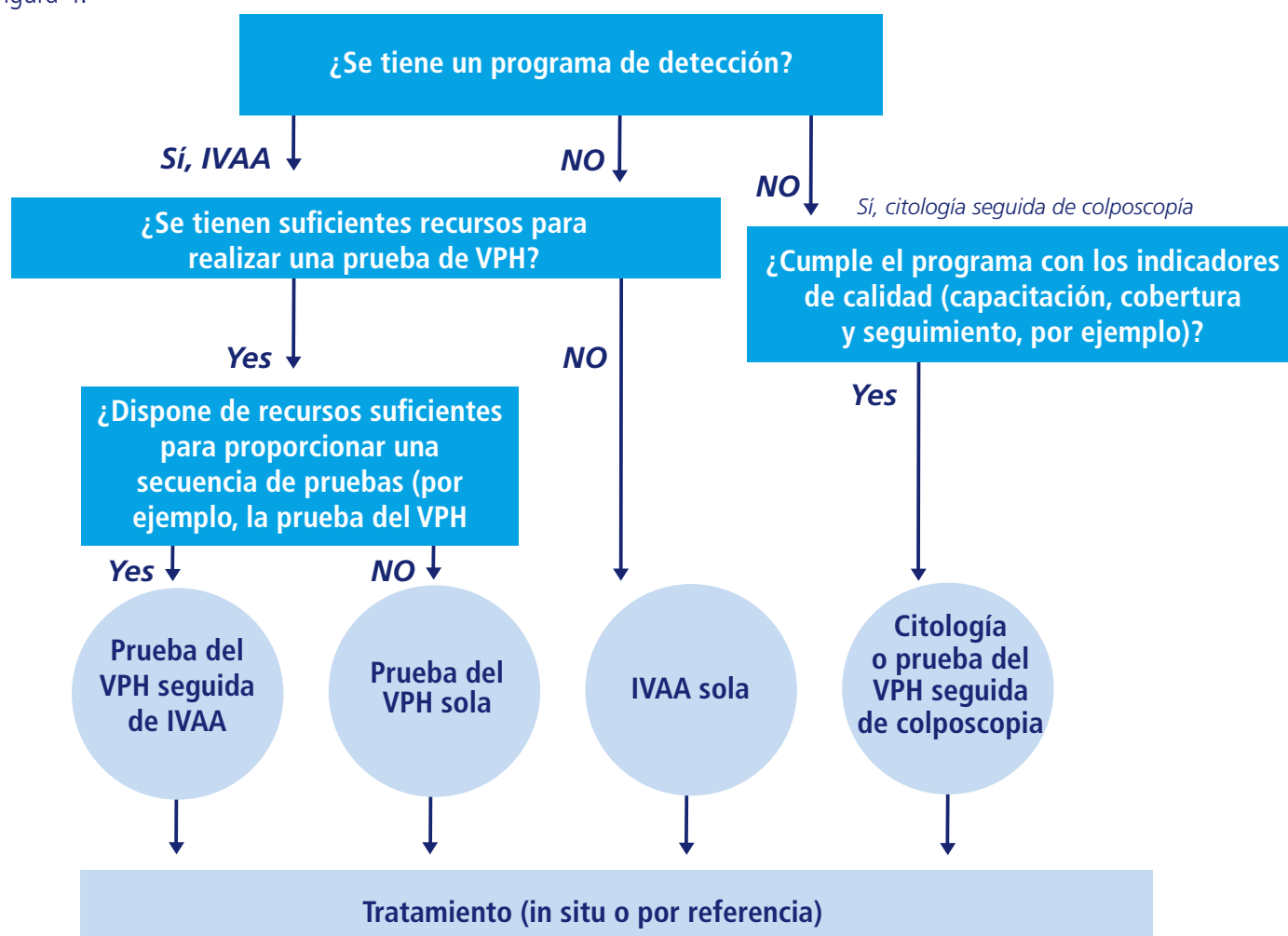
Diagrama 3

VISITAS A LAS INSTALACIONES	ENFOQUE DE GESTIÓN CLÍNICA	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3
Enfoque de visita única	Detectar y tratar	Prueba de ADN del VPH + tratamiento O IVAA/IVL + tratamiento		
	Detectar, diagnosticar y tratar	Prueba de ADN del VPH + colposcopia + tratamiento		
Enfoque de visita múltiple	Detectar y tratar	Cualquier método de detección	Tratamiento	
	Detectar, diagnosticar y tratar	Cualquier método de detección	Colposcopia + tratamiento	
	Detectar, diagnosticar, confirmar el diagnóstico y tratar	Cualquier método de detección	Colposcopia + biopsia de confirmación	

Recomendaciones de la OMS sobre la elección de métodos de detección y tratamiento²⁴

Las Asociaciones Miembro pueden elegir un algoritmo diferente en función de sus capacidades y de la disponibilidad de métodos de detección y tratamiento en sus respectivos países:

Figura 4.



Breve estudio de caso No. 2.

- En Argentina, el programa de prevención del cáncer cervicouterino recomienda una práctica conocida como prueba de reflejos (implementar tanto una prueba de VPH como una citología durante la misma visita para aumentar el número de mujeres diagnosticadas). Para asegurar un uso eficiente de los recursos limitados, los resultados de la citología solo se analizan para las mujeres con una prueba de VPH positiva.

Fuente: Manual VPH Argentina

4. ELEGIR LOS CANALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADECUADOS

Las Asociaciones Miembro de la IPPF a menudo operan a través de una combinación de canales de prestación de servicios, incluyendo clínicas fijas, servicios de extensión (por ejemplo, equipos de extensión, unidades móviles), franquicias sociales y/o clínicas asociadas. Las organizaciones que introduzcan un nuevo programa de detección del cáncer cervicouterino deben evaluar qué canal de prestación de servicios ofrece mejores oportunidades para aumentar el acceso y llegar al mayor número de mujeres vulnerables. De manera similar, las Asociaciones Miembro con experiencia, deben evaluar si la selección actual de los canales de prestación de servicios es la más rentable y/o si existen oportunidades para ampliar el número/tipo de canales sobre la base de nuevos fondos internos o externos o del interés de los actores externos.

Consideraciones para seleccionar los canales de prestación de servicios más adecuados:

La siguiente tabla proporciona algunos consejos para seleccionar los canales de prestación de servicios más adecuados. Una vez seleccionados los canales de prestación de servicios, la Asociación Miembro deberá evaluar la preparación para arrancar de estos puntos de servicio.



CONSIDERACIONES CLAVE				
CANAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	OFRECE BUENAS OPORTUNIDADES PARA LLEGAR A LAS POBLACIONES DE BAJOS	OFRECE BUENAS OPORTUNIDADES PARA SERVIR A UN GRAN NÚMERO DE CLIENTES	ADECUADO PARA EL ENFOQUE Y LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN/TRATAMIENTO ELEGIDOS POR LA ASOCIACIÓN MIEMBRO	COSTO
Instalaciones fijas	Varía según la ubicación	No	- Se puede implementar la estrategia de punto de atención. - El enfoque de visitas múltiples o únicas puede funcionar bien. - Todos los métodos de detección y tratamiento pueden funcionar bien.	El costo más bajo, puesto que los servicios pueden utilizar la infraestructura, sistemas y recursos existentes para la prestación de otros servicios de SSR.
Divulgación	Sí	Sí	Lo ideal es que se aplique un enfoque de visita única. Si esto no es posible, la organización debe identificar mecanismos para asegurar el tratamiento oportuno de las pruebas de detección que resulten positivas, a través de instituciones de referencia, por ejemplo.	Los esfuerzos de divulgación requieren muchos recursos, y las Asociaciones Miembro a menudo requieren el apoyo de donantes externos.
			- Lo ideal es que se aplique un enfoque de visita única. Si esto no es posible, la organización debe identificar mecanismos para asegurar el tratamiento oportuno de las pruebas de detección positivas, a través de instituciones de referencia, por ejemplo. - Métodos de detección: IVAA/IVL y VPH. La auto-toma no requiere evaluación pélvica, por lo tanto es adecuado para servicios comunitarios.²⁵ - La crioterapia, la ablación térmica (que pesa solo dos kilogramos) y el CryoPen (que se puede cargar con batería) pueden ser más adecuados para un contexto comunitario que el LEEP.	
Franquicias sociales / clínicas asociadas	Varía según la ubicación	Sí	- El enfoque de visitas múltiples o únicas puede funcionar bien. - Todos los métodos de detección y tratamiento pueden funcionar bien.	Este enfoque requiere altos niveles de inversión para asegurar una calidad de atención estándar en toda la red de franquicias/asociados.

5. MAPEA LOS RECURSOS NECESARIOS

Se necesitan recursos humanos y financieros para introducir, fortalecer y mantener un programa de prevención del cáncer cervicouterino. A la hora de calcular los recursos necesarios, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El número y tipo de instalaciones que implementarán los servicios
- El número de procedimientos esperados por día
- El tiempo requerido para implementar cada procedimientoⁿ
- El número de proveedores requeridos para implementar los procedimientos esperados por día
- Capacidad y voluntad para pagar los servicios por parte de clientes
- Costos asociados con (o evitados como resultado de) la integración
- Costos asociados con el equipo (por ejemplo, métodos de tratamiento, si se proporciona el servicio *in situ* en lugar de a través de referencias).
- Necesidades contextuales (por ejemplo, necesidad de promover cambios políticos para facilitar la ejecución del programa, necesidad de consolidar las asociaciones para la promoción o la referencia de casos, etc.).

La siguiente tabla ofrece una descripción general de los recursos comunes necesarios para el buen funcionamiento de un programa de prevención del cáncer cervicouterino²⁶:

RECURSOS	EXPLICACIÓN	COSTO FINANCIERO ASOCIADO
Necesidades del personal	Personal programático: Comprende, entre otros: expertos en cáncer cervicouterino, directores médicos, gerentes de clínicas, expertos en monitoreo y evaluación, personal de comunicaciones, asesores financieros, personal de gestión de suministros (para coordinar la entrega de equipos de criocirugía, gas, etc.). Personal sanitario comunitario: El personal sanitario comunitario desempeña un papel crucial en la creación de demanda para la prevención del cáncer cervicouterino, puesto que estos servicios son ampliamente desconocidos. También juegan un papel esencial en el seguimiento de las clientas positivas (por ejemplo, cuando se ha priorizado un enfoque de visitas múltiples) y en asegurar que las clientas con resultados negativos tengan acceso a futuros servicios de detección. Personal de salud capacitado: Enfermeras, parteras, médicos y otros proveedores de atención médica pueden realizar todas las pruebas de detección y todos los métodos de tratamiento disponibles (Nota: Para el LEEP, se recomienda tener médicos generales o ginecólogos en el sitio).	• Salarios del personal programático. • Salarios de los educadores comunitarios, según los estándares del país. • Formación de educadores comunitarios. • Transporte para educadores comunitarios. • Salarios de personal de salud. • Formación de los personal de salud. • Salarios del personal de laboratorio. • Formación de técnicos y personal de laboratorio. • Salarios del personal responsable del seguimiento de clientes (repcionista, por ejemplo).

ⁿ Se recomienda un mínimo de 20 minutos para cada prueba de detección con el fin de asegurar el tiempo suficiente para atender las necesidades de cada cliente, implementar el servicio y proporcionar el espacio para el llenado del papeleo requerido.

RECURSOS	EXPLICACIÓN	COSTO FINANCIERO ASOCIADO
Costo de comunicaciones	- La sensibilización sobre el cáncer cervicouterino y la creación de demanda de servicios requiere la implementación de estrategias de comunicación dirigidas a mujeres (de 30 a 49 años de edad), los padres y madres/adultos pertinentes (para la vacunación contra el VPH), mujeres y niñas más jóvenes (para la creación de demanda de servicios de prevención del VPH, por ejemplo, el uso del condón, la vacuna contra el VPH, y la comprensión de las necesidades a lo largo del ciclo de vida), así como también para los demás miembros, los prestatarios de los servicios de atención de la comunidad y las autoridades de la comunidad. Se necesitan recursos tales como materiales de información, educación y comunicación (IEC) entregados a través de medios de comunicación tradicionales y plataformas sociales. Los recursos clave para las mujeres a las que se dirigen los servicios de prevención secundaria son los siguientes: - Información básica sobre los cánceres de salud reproductiva, como la magnitud, las causas, los factores de riesgo, los factores predisponentes y las medidas preventivas. - Materiales de prueba/explicación del tratamiento. - Pautas paso a paso para la auto-toma (prueba del VPH). - Instrucciones para el cuidado posterior de las mujeres que reciben capacitación. - Materiales de IEC sobre los derechos de clientes. - Información sobre otros servicios relevantes de SSR, por ejemplo, anticonceptivos, ITS. Recursos clave para proveedores: - Ayudas de trabajo, implementación paso a paso de cada método de detección/tratamiento, rotafolios sobre anticonceptivos, otras ayudas de trabajo para apoyar la integración, orientación psicológica, directorios para derivaciones, etc. Recursos clave para tomadores de decisiones: - Estadísticas de incidencia y mortalidad asociadas. - Resumen de la evidencia y las mejores prácticas. - Análisis de costos de las diferentes estrategias. - Llamados para la acción.	- Impresión y distribución de material educativo. - Costos de transporte (por ejemplo, para visitar comunidades y recoger testimonios para incluirlos en las piezas de comunicación). - Desarrollo de materiales y costos de diseño. - Costo de validación de materiales (grupos focales, por ejemplo). - Tarifas para pagar anuncios de radio y televisión, publicidad en medios sociales, etc.

RECURSOS	EXPLICACIÓN	COSTO FINANCIERO ASOCIADO
Equipo y suministros	Métodos de detección y tratamiento (los materiales requeridos variarán dependiendo del método priorizado): • Prueba del VPH: cepillos, tubos de muestra, equipo de prueba del VPH, suministros para el procesamiento de la prueba del VPH. • IVAA/IVL: ácido acético o yodo de Lugol, mesa, lámpara, bastoncillos de algodón. • Citología: espátula y/o cepillo pequeño, solución conservante o portaobjetos, equipo de análisis de prueba y suministros. • Colposcopia: equipo, espéculos bivalvos, retractor de la pared lateral de la vagina, hisopos de algodón, fórceps para sostener esponjas, fórceps de disección anatómica largos (al menos 20 cm), espéculo endocervical, cureta endocervical, fórceps para biopsia, fórceps para pólipos cervicales y tenáculo de un solo diente. • Biopsia: pinzas para biopsia, materiales para procesar y leer las muestras. • Crioterapia: equipo, unidad manual, puntas de criosonda redondeadas (19 +/- 2) mm de diámetro, cryoshaft, junta tórica, arandelas de sellado), cilindros de gas/gas. • LEEP: equipos, bucles de alambre, anestesia, jeringa para anestesia local, espéculo aislado. • Ablación térmica: dispositivo (dial de temperatura y sonda con punta adherida) • CryoPen: dispositivo, etanol Suministros en general: Guantes, canjes de algodón, espéculos, suministros para el control de infecciones, mesa de prueba, materiales IEC, etc. La autotoma de la prueba del VPH no requiere estos suministros generales. En su lugar, se requieren materiales de IEC sencillos y amigables para asegurar que las mujeres sigan las instrucciones para la auto-toma.	• Costos de suministros generales • Tasas de importación • Transporte de equipo para el servicio instalaciones • Transporte de pruebas para laboratorio análisis (para citología, por ejemplo) • Costos estándar, incluidos los datos formularios de recolección, consentimiento informado, formularios, mantenimiento de la instalación, etc. • Costos de equipo (Nota: los costos son calculado sobre la base de las cifras proporcionadas en publicaciones entre 2015 y 2017): Prueba de VPH: Pruebas CareHPV (disponibles para PIBM): Aproximadamente \$5 - \$10 USD por prueba, mientras que las máquinas de análisis de resultados de pruebas tienen un costo aproximado de \$20 000 USD. Prueba de VPH GeneXpert: Aproximadamente \$15 USD por prueba, mientras que el equipo de diagnóstico tiene un costo aproximado de \$17 000 USD. IVAA/IVL: Una botella de ácido acético (vinagre) cuesta entre \$3 y \$5 USD y se puede utilizar para realizar aproximadamente 90 pruebas. Citología: No disponible; el costo varía significativamente de un país a otro. Colposcopia: El costo oscila entre \$2 000 - \$10 000 USD. Crioterapia: La máquina cuesta aproximadamente \$2 000 USD; el gas cuesta aproximadamente \$13 - \$38 USD por tratamiento (+ costo de transporte de gas). LEEP: El equipo completo cuesta aproximadamente \$3 500 USD, mientras que las sondas desechables cuestan aproximadamente \$20 USD por pieza, y un espéculo aislado cuesta aproximadamente \$200 USD. Ablación térmica: El dispositivo cuesta aproximadamente \$3 000 USD, la unidad eléctrica cuesta aproximadamente \$2 000 USD, el cable del instrumento que conecta la sonda a la unidad cuesta aproximadamente \$370 USD y una sonda cuesta

RECURSOS	EXPLICACIÓN	COSTO FINANCIERO ASOCIADO
		aproximadamente \$700 USD. Se prevé que el dispositivo portátil actualizado, adaptado para su uso en los LMIC, costará aproximadamente \$2 500 USD y ofrece beneficios de ahorro de costos al requerir una desinfección de alto nivel en lugar de la esterilización de la sonda en autoclave. CryoPen: La máquina cuesta aproximadamente \$4 000 USD.
	Entre los recursos adicionales que se deben considerar para la implementación y sostenibilidad de los programas de prevención del cáncer cervicouterino figuran los siguientes: • Recursos para apoyar la calidad de la atención, la gestión de la cadena de suministro (por ejemplo, almacenamiento, sustitución de métodos defectuosos, pruebas caducas, etc.) y la supervisión general. • Recursos para apoyar la creación de alianzas (con fines de promoción, referencias o para llevar a cabo servicios de extensión en fábricas/lugares de trabajo, por ejemplo). • Recursos para apoyar el seguimiento de clientes y referencias (por ejemplo, tecnología móvil). • Recursos para apoyar la integración (para asegurar la disponibilidad de anticonceptivos para las mujeres que reciben pruebas de detección y tratamiento gratuitos o subsidiados del cáncer cervicouterino, para ofrecer servicios relacionados con el VIH o para el manejo sintomático de las ITS, por ejemplo). • Recursos para apoyar los subsidios a usuarias desatendidas. • Recursos para apoyar los servicios de extensión (por ejemplo, gasolina, viáticos, otros gastos de viaje, etc.).	• Transporte • Gastos de las reuniones • Dietas/alojamiento • Tecnología (por ejemplo, teléfonos celulares/aplicaciones para seguimiento) • Suministros • Subvenciones

Breve estudio de caso No. 3

Para asegurar un uso más eficiente de los recursos, los asociados de la iniciativa CCSPT (IPPF, Marie Stopes International y Population Services International) determinaron sus necesidades de equipamiento, para ofrecer los servicios de crioterapia, así como las posibles estrategias para reducir los costos manteniendo al mismo tiempo la calidad. Los asociados convinieron en aplicar un sistema centralizado de adquisición de máquinas de crioterapia, administrado por la Oficina Central de Marie Stopes International. Se adquirieron bombonas de gas y suministros a nivel nacional, y el mantenimiento de las máquinas de crioterapia fue realizado por representantes locales del proveedor en cada país.

Fuente: Documentación de la iniciativa CCSPT

6. CONSIDERAR LOS BENEFICIOS Y LOS DESAFÍOS POTENCIALES DE LA INTEGRACIÓN

Se recomienda como buena práctica la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) con los programas de cáncer cervicouterino. Sin embargo, se deben considerar las ventajas y los desafíos potenciales:^{27, 28, 29}

VENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN

- Reduce el número de visitas de clientes para acceder a los servicios y aumenta los beneficios de la atención integral a largo plazo.
- Mejora la atención de las poblaciones de alto riesgo (las mujeres que viven con el VIH, por ejemplo).
- Crea oportunidades para el aprendizaje mutuo - la integración ofrece oportunidades de capacitación para que los proveedores de servicios aumenten sus habilidades funcionales y conocimientos sobre temas complementarios relacionados con la SSR.
- Mejora el acceso y la aceptación de los servicios de SSR.
- Ayuda a mujeres a acceder de manera más discreta a servicios de salud reproductiva estigmatizados.
- Ofrece un uso más eficiente y rentable de los recursos y la infraestructura.
- Abre oportunidades para la generación de ingresos, puesto que clientes con capacidad de pago demandarán otros servicios esenciales.
- Asegura que un mayor número de clientes puedan beneficiarse de servicios integrales, puesto que la integración se realiza de dos maneras: el cáncer cervicouterino utilizado como punto de entrada para otros servicios y viceversa.

DESAFÍOS DE LA INTEGRACIÓN

- Requiere mayores responsabilidades y habilidades para los proveedores de servicios y una alta rotación del personal.
- Tiempos de espera potencialmente más largos, puesto que las consultas individuales pueden llevar más tiempo.
- La falta de sistemas integrados de información sobre la gestión de la salud impide que los administradores de programas recopilen datos de clientes, lo que dificulta la presentación de reportes sobre la prestación de servicios integrados.
- El aumento de la demanda de múltiples servicios aumenta la necesidad de una cadena de suministro robusta para todos los insumos y servicios relacionados con la SSR.
- El enfoque fragmentado para el financiamiento de programas dificulta la prestación de servicios integrados de SSR.

Breve estudio de caso No. 4

Ante los estragos causados por el ciclón tropical Gita en la isla de Tonga, la Asociación de Salud de la Familia de Tonga envió un equipo de respuesta de emergencia. El equipo pudo llevar atención vital de SSR a las comunidades locales utilizando los servicios de cáncer cervicouterino y violencia de género como puntos de entrada.

Fuente: Tonga Humanitarian Work - Documentación de proyectos

Entre los pasos clave recomendados para implementar la prestación de servicios integrados figuran los siguientes:

- a. Analizar el paquete de servicios de la Asociación Miembro para identificar dónde hay oportunidades para la integración por ejemplo, si la Asociación Miembro está proporcionando pruebas de detección de cáncer cervicouterino a las clientas que acceden a exámenes pélvicos.
- b. Identificar las implicaciones para el flujo de clientes y el funcionamiento interno de la organización.
- c. Evaluar las implicaciones para proveedores de servicios en cuanto a la capacitación requerida y el tiempo por consulta, y planear los ajustes necesarios.
- d. Implementar medidas de reasignación de tareas para los servicios que pueden ser proporcionados por personal de salud no médico.
- e. Movilizar a las comunidades a través de agentes de salud comunitarios de confianza.
- f. Fortalecer los sistemas de gestión de la información para permitir el monitoreo de múltiples servicios.
- g. Priorizar la realización de investigaciones operacionales para proporcionar más pruebas sobre la eficacia en función de costo-beneficio de la prestación de servicios integrados.

Breve estudio de caso No. 5

Un estudio realizado en Uganda como parte de la iniciativa CCSPT reveló que a) la integración del cáncer cervicouterino en la atención de la SSR parecía aumentar la demanda de otros servicios y b) que la integración era una oportunidad para llevar el cáncer cervicouterino a nuevos segmentos de la población, como lo demuestra el hecho de que una alta proporción de las clientas a las que llegaba el programa nunca antes habían sido examinadas.

Fuente: Documentación de la iniciativa CCSPT

7. ESTABLECER PROYECCIONES DE SERVICIO

Las recomendaciones para establecer proyecciones de servicios mensuales realistas (¡pero ambiciosas!) incluyen:³⁰

- a. Elija sus áreas de intervención en todo el país.
- b. Estimar la población en el área de prestación de servicios (por ejemplo, utilizando información de un censo).
- c. Estimar el número de mujeres (si se desconoce, se supone que el 51% de la población es femenina).
- d. Calcule el número de mujeres mayores de 30 años - si los datos no están disponibles para el área de prestación de servicios, utilice el porcentaje nacional.
- e. Determinar el número total de nuevas pruebas de detección necesarias para lograr la cobertura deseada para el programa. Este número puede calcularse multiplicando el número de mujeres mayores de 30 años por el porcentaje de la cobertura deseada.

Nota: Este método supone que no se han realizado pruebas de detección en ninguna mujer de la población objetivo, lo cual es una medida razonable en entornos de bajos recursos.

- f. Determinar el número de nuevas pruebas de detección que se deben realizar cada año para lograr la cobertura deseada durante el período de tiempo objetivo. Este número puede calcularse dividiendo el número total de nuevas proyecciones por el número de años proyectados para el programa y luego dividiéndolo por 12 para obtener el objetivo mensual.

EJEMPLO

La zona de intervención tiene una población de 500 000 habitantes. Debido a que no hay datos locales disponibles, asumimos que 255 000 son mujeres (51%). Los datos nacionales muestran que aproximadamente el 70% de las mujeres tienen más de 30 años, lo que significa un total de aproximadamente 178.500 personas. Se espera que el programa cubra al 80%° de la población, es decir, 142.800 personas, en un período de tres años (para simplificarlo, este cálculo parte de la base de que solo se realiza una prueba de detección por mujer, pero no olvidemos que la OMS recomienda que se realicen por lo menos dos pruebas de detección por cada mujer de entre 30 y 49 años de edad). Esto significa que cerca de 4 000 mujeres necesitan ser examinadas cada mes.

PASO 2. EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

1. CAPACITAR Y ASESORAR A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Las recomendaciones sobre la capacitación/formación de actualización (número de horas, tiempo de práctica requerido para la certificación, etc.) dependerán de los métodos específicos de selección y tratamiento que se haya priorizado. En todos los casos, sin embargo, es importante:

- Garantizar que la formación se centre en las aptitudes, combinando enfoques didácticos y prácticos.
- Garantizar que el entorno clínico utilizado para la formación se asemeje a las condiciones de prestación de servicios en el lugar del programa.
- Minimizar la interrupción de otros servicios proporcionados en la instalación mediante la planificación de la capacitación en horarios y fechas convenientes.
- Dedicar tiempo para asegurar que proveedores comprendan los principios de la prestación de servicios basada en los derechos.
- Ver la capacitación como un proceso continuo de esfuerzos, que incluye la capacitación inicial en grupo, el entrenamiento y la tutoría uno a uno, las sesiones de actualización y los procesos de acompañamiento entre pares (en donde proveedores intercambian información sobre casos difíciles, buenas prácticas, etc.).
- Garantizar la disponibilidad de formación para el personal nuevo (mediante la creación de un grupo de entrenadores principales o la utilización de capacitadores principales certificados por el gobierno, por ejemplo).

La capacitación puede incluir diferentes técnicas de enseñanza, como conferencias, dramatizaciones, toma de muestras de práctica con modelos ginecológicos, comunidades de práctica, y discusión de diferentes situaciones o preguntas que puedan surgir. Es importante evaluar los conocimientos de los participantes al final del entrenamiento, así como supervisar y monitorear rutinariamente las habilidades clínicas y mantener sesiones de actualización, si fuera necesario.³¹



°La OMS recomienda una cobertura del 80% para contribuir eficazmente a la erradicación del cáncer cervicouterino. Para más información, véase OMS (2006). Control integral del cáncer cervicouterino: una guía de práctica esencial (C4GEP). Ginebra: OMS.

En el cuadro que figura a continuación se ofrecen lineamientos generales sobre la capacitación para métodos específicos de detección y tratamiento³².

MÉTODO DE DETECCIÓN O TRATAMIENTO	CONTENIDO FUNDAMENTAL
TODO	Derechos de las clientas, habilidades de asesoramiento, consentimiento informado, anatomía del sistema reproductivo femenino, historia natural del cáncer de cuello uterino, VPH, recolección de datos, mecanismos de referencia, contenido específico del contexto (por ejemplo, en países con alta prevalencia de mutilación genital femenina, el contenido debe incluir cualquier implicación que esto pueda tener para la detección).
PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VPH	Principios básicos de cómo las pruebas del VPH detectan el virus, poblaciones que necesitan ser examinadas, suministros y materiales necesarios para la prueba del VPH y cómo se hará, quién tomará la muestra para la prueba del VPH y cómo se procesarán las pruebas, cómo se proporcionarán los resultados de la prueba del VPH a las mujeres, cómo se comunicarán los resultados de la prueba del VPH a las mujeres y qué significa un resultado de la prueba del VPH, ya sea positivo o negativo.
IVAA/IVL	Principios básicos de cómo se utiliza la IVAA/IVL para detectar una posible lesión, poblaciones que necesitan ser examinadas, suministros y materiales necesarios para la IVAA, procedimientos correctos y habilidades visuales necesarias para la IVAA/IVL, interpretación de los resultados de la IVAA, cómo se comunican los resultados de la prueba a las mujeres, errores comunes.
CITOLOGÍA	Procedimientos adecuados para la toma de muestras, comprensión y explicación de los resultados, cuándo remitirse a otras pruebas y errores comunes. Nota: Los citotecnólogos deben participar en actividades de formación para intercambiar información sobre errores comunes, y sus habilidades deben ser evaluadas regularmente mediante supervisión de apoyo.
COLPOSCOPÍA	Indicaciones para la colposcopia, instrumentación, principios y documentación de los resultados, prueba paso a paso, apariencia colposcópica del cuello uterino normal, evaluación colposcópica de la neoplasia intraepitelial cervicouterino (NIC), otros diagnósticos, evitando errores en el diagnóstico.
CRIOTERAPIA	Elegibilidad, equipo criogénico, procedimiento paso a paso (usando la técnica de doble congelación - tres minutos de congelación, cinco minutos de descongelación, tres minutos de congelación), complicaciones, cuidados posteriores y seguimiento.
LEEP	Elegibilidad, procedimiento paso a paso, ventajas de LEEP, escisión contra ablación, equipo de LEEP, electrocirugía, coagulación electroquirúrgica para hemostasia, desecación, fulguración, coagulación por punción, electrodos y equipo de LEEP, escisión de LEEP, escisión ecto y endocervical.
ABLACIÓN TÉRMICA	Elegibilidad, procedimiento paso a paso, complicaciones, cuidados posteriores y seguimiento.
CRYOPEN	Elegibilidad, procedimiento paso a paso, complicaciones, cuidados posteriores y seguimiento.

RECOMENDACIÓN: Si los recursos lo permiten, asegurar que haya por lo menos dos proveedores capacitados en cada centro/en cada equipo de extensión para evitar la interrupción de los servicios en caso de rotación del personal.

2. DESARROLLAR Y DIFUNDIR PROTOCOLOS Y LINEAMIENTOS INTERNOS

La disponibilidad de protocolos internos es un paso necesario para la implementación de cualquier servicio de salud. Cuando se trata de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino, es importante contar con las siguientes pautas y estructuras, basadas en los lineamientos nacionales, la evidencia reciente y la capacidad de cada Asociación Miembro para brindar servicios:

- Lineamientos de asesoramiento
- Lineamientos de privacidad y confidencialidad
- Lineamientos para la toma de consentimiento informado
- Lineamientos para proporcionar el método de detección seleccionado
- Pautas para proporcionar el método de tratamiento seleccionado
- Pautas para el control de infecciones
- Lineamientos para el mantenimiento del equipo necesario
- Lineamientos para la prestación de otros servicios esenciales



Ver el apartado "**Más información: Recursos recomendados**" (página 55) para acceder a las herramientas desarrolladas por organizaciones reconocidas en este campo.

3. CREAR LA DEMANDA DE SERVICIOS INTEGRADOS

La creación de demanda se refiere a cualquier esfuerzo destinado a estimular a clientes potenciales para que comprendan que necesitan un servicio o producto específico. La demanda de servicios de prevención del cáncer cervicouterino no siempre existe, puesto que la información sobre el VPH, las lesiones precancerosas y las alternativas de detección y tratamiento no está ampliamente disponible. La creación de demanda puede ser apoyada por estrategias complementarias, entre las que se incluyen:

• Actividades de IEC

Mensajes clave: El VPH es prevenible, el cáncer cervicouterino es prevenible, hay pruebas disponibles para detectar lesiones precancerosas, hay un tratamiento simple disponible para tratar lesiones precancerosas, el cáncer cervicouterino es causado por una infección persistente con VPH, tener VPH o una lesión no significa que usted tiene cáncer, el acceso a los servicios de detección puede salvar la vida, no hay razón para sentirse avergonzada si una mujer descubre que tiene lesiones precancerosas o cancerosas.

Medios: Medios de comunicación tradicionales (por ejemplo, programas de entrevistas en la radio) y medios sociales (por ejemplo, anuncios dirigidos a mujeres del grupo de edad objetivo).

Lineamientos para elaborar materiales de IEC sobre la prevención del cáncer cervicouterino:

Desarrollar mensajes breves, sencillos y directos; utilizar imágenes con las que las mujeres puedan relacionarse; utilizar testimonios de sobrevivientes de cáncer cervicouterino; utilizar testimonios de clientes satisfechas de pruebas de detección; tener claras las instalaciones en las que las mujeres pueden tener acceso a los servicios (dirección, sitio web, número de teléfono, fechas de las actividades comunitarias, otras).

Los Anexos 1 y 2 proporcionan ejemplos de un póster y un folleto que pueden ser adaptados por las Asociaciones Miembro para promover la prevención del cáncer cervicouterino.

• Trabajar en conjunto con personas influyentes

¿Qué son las personas influyentes? En marketing, las personas influyentes tienen la capacidad de influir en las opiniones o decisiones de compra de un público objetivo. En el caso de la prevención del cáncer cervicouterino, las personas influyentes juegan un papel importante en la generación de demanda de detección y tratamiento. Personas influyentes pueden tener diferentes perfiles, incluyendo artistas, líderes comunitarios, una mujer que vive con VIH, una líder entre trabajadoras sexuales, líderes religiosos, maestros, curanderos tradicionales, etc.

Cómo involucrar a las personas influyentes: Una vez que la Asociación Miembro haya identificado a los potenciales voceros, es hora de que se incorporen a las acciones. Proporcionarles capacitación técnica, fortalecer sus habilidades de comunicación e invitarlos a visitar los servicios para que se sientan seguros de lo que la organización tiene para ofrecerles. Es una buena idea trazar un mapa de las actividades o eventos específicos que pueden ser utilizados por la persona que hace vocería, para difundir mensajes sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

• Búsqueda activa de clientes

¿Qué significa búsqueda activa? La búsqueda activa se refiere a las actividades que se llevan a cabo para encontrar e invitar a mujeres en el rango de edad/perfil objetivo recomendado para acceder a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Algunos ejemplos de estas actividades incluyen visitas domiciliarias, charlas para madres de niñas que participan en programas de vacunación contra el VPH, charlas para mujeres que acceden al tratamiento antirretroviral en organizaciones asociadas, etc.

¿Quién puede apoyar la búsqueda activa de clientes? Trabajadores de salud o acompañantes de la comunidad, otras personas voluntarias y personal de la comunidad, entre otros.

• Promover la detección del cáncer cervicouterino a través de otros servicios de SSR

¿Qué significa esto? Tener materiales de IEC sobre el cáncer cervicouterino en las salas de espera de los centros de SSR, asegurando que los proveedores estén capacitados para difundir mensajes clave sobre los servicios disponibles de prevención del cáncer cervicouterino durante las consultas de SSR (por ejemplo, durante los servicios de ITS), incluyendo la detección del cáncer cervicouterino como parte de un paquete ("combo") sin implicaciones de costo adicional/o implicaciones mínimas para la usuaria.

Breve estudio de caso No. 5.

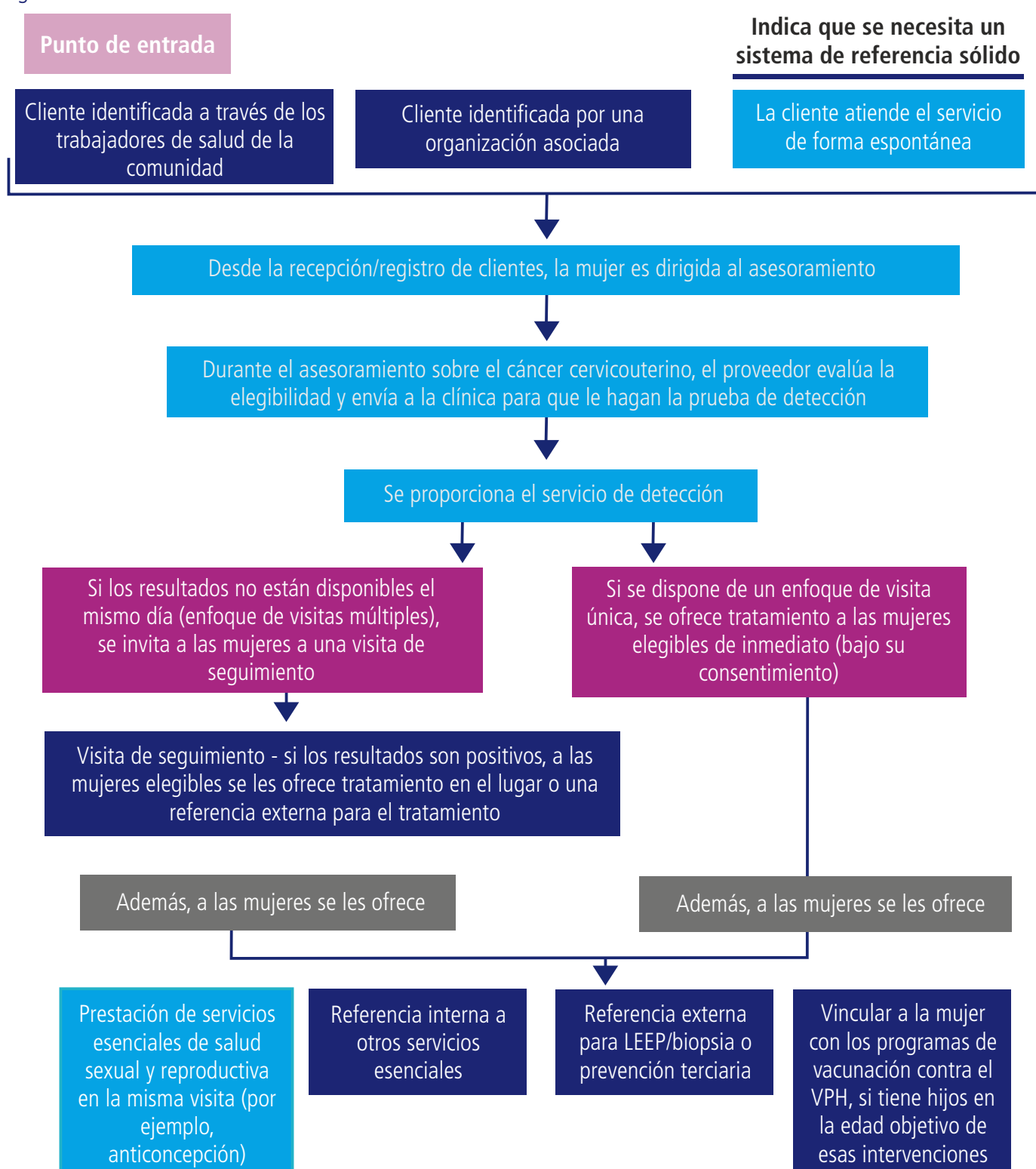
La Asociación Miembro de la IPPF en Etiopía ha creado demanda para la prevención del cáncer cervicouterino mediante la implementación de programas de concientización en la Clínica Modelo y en la Clínica Confidencial de Trabajadoras Sexuales y en tres establecimientos laborales: Fábrica de pulpa y papel de Etiopía, compañía de transporte de Bekelcha y la sucursal de Adama del Fondo Farmacéutico y la Agencia de Suministros de Etiopía. Las sesiones incluyen información sobre este tema, así como una explicación de los servicios ofrecidos por la organización.

Fuente: Fondo para la Ampliación de Programas de Prevención del Cáncer Cervicouterino de la IPPF - Documentación del proyecto

4. REFERIR A LAS MUJERES A LOS SERVICIOS EXTERNOS E INTERNOS

La prevención secundaria del cáncer cervicouterino requiere sistemas de referencia (derivación) sólidos, en particular cuando se ha dado prioridad a un enfoque de visitas múltiples. Se debe garantizar la privacidad y confidencialidad durante el proceso de remisión. El Diagrama 5 muestra ejemplos de un flujo de clientes para mujeres que se someten a una prueba de detección del cáncer cervicouterino utilizando un enfoque de visita única y múltiple, y destaca el papel de las referencias internas y externas en el proceso.

Diagrama 5.



Condiciones previas para el desarrollo de sistemas de referencia sólidos

Creación de alianzas: Una vez que las organizaciones hayan identificado las instalaciones que pueden complementar el paquete de servicios ofrecidos (por ejemplo, la prevención terciaria del cáncer cervicouterino), se deben tomar las medidas que se indican a continuación:

- Firmar memorandos de entendimiento con socios colaboradores.
- Elaborar conjuntamente un protocolo de referencia, que incluya detalles sobre los mecanismos de referencia, el seguimiento de las referencias completadas, la persona de contacto principal (por ejemplo, un obstetra del centro de alto nivel), los formularios de referencia que se utilizarán, los mecanismos de contrarreferencia y el intercambio y análisis de datos, prácticas mínimas para garantizar privacidad y confidencialidad en los sitios de derivación, entre otros.
- Desarrollar un directorio de servicios y distribuirlo a los proveedores de servicios.

Utilizar un enfoque centrado en la usuaria, durante la fase de planificación y aplicación de los mecanismos de referencia:

Las mujeres pueden enfrentar desafíos cuando se trata de citas de seguimiento, por ejemplo, puede ser difícil cubrir los costos de transporte para visitar el centro de referencia. Para los casos de mujeres que muestran signos de cáncer, la referencia a un centro más complejo también puede requerir viajar largas distancias, estar ausente de su trabajo y cubrir los gastos de alojamiento. Si bien estos desafíos pueden ser demasiado importantes para ser abordados por una sola organización, deben ser considerados en la etapa de diseño para evaluar la conveniencia de introducir el apoyo en efectivo para aquellos que lo necesitan o de asociarse con otros actores que ofrecen este tipo de soporte. Es importante tener en cuenta los desafíos que enfrentan las mujeres para acceder a los sitios de referencia de atención terciaria, puesto que esto puede ofrecer información para la estrategia de incidencia de la organización sobre el cáncer cervicouterino.

RECOMENDACIÓN: La experiencia de las Asociaciones Miembro de la IPPF indica que el uso de un enfoque de una sola visita produce mejores resultados para mejorar los índices de tratamiento que las referencias.

Véase el Anexo 3 para acceder a ejemplos de formularios de derivación.



5. EVALUACIÓN DE CALIDAD

Los sistemas de garantía de calidad son esenciales para garantizar que los servicios de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino generen reducciones a largo plazo de la mortalidad relacionada con el cáncer cervicouterino. El marco de calidad de atención de la IPPF identifica siete elementos clave relacionados con la prestación de servicios de calidad, en línea con los estándares de membresía de la IPPF y basados en la Carta de Derechos de las clientas y Necesidades de los Proveedores de la IPPF (1993): un ambiente seguro y confidencial, servicios integrados e integrales, servicios bien gestionados, personal altamente capacitado y respetuoso, sistema seguro de administración de cadena de suministros, recursos financieros adecuados, sistemas de comunicación y de retroalimentación eficaces.

Para los servicios de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino, trabajar para garantizar estos siete elementos requiere los siguientes aspectos clave:

ELEMENTOS CLAVE

Ambiente seguro y confidencial: Una estructura adecuada para apoyar el flujo de clientes desde el asesoramiento hasta los servicios de detección/tratamiento y los servicios integrados; una ubicación accesible; un entorno seguro tanto para los proveedores como para las clientas; privacidad y la confidencialidad.

Servicios integrados e integrales: Servicios de cáncer cervicouterino integrados a otros servicios de SSR; información integral sobre la prevención del cáncer cervicouterino; implementación de medidas para reducir las pérdidas durante el seguimiento (cuando se utiliza un enfoque de visitas múltiples); sistema de referencia confiable si no se dispone de tratamiento en el mismo punto de prestación de servicios o para los servicios de prevención terciaria; prestación de servicios basada en la evidencia más reciente sobre la prevención del cáncer cervicouterino; toma de decisiones informada de las clientas y consentimiento para la prueba de detección y tratamiento; mediciones realizadas para corregir los casos de sobredetección/sobreratamiento o de resultados negativos falsos.

Servicios bien gestionados: Selección de un enfoque de visita única/múltiple basado en el análisis de capacidades y análisis de efectividad; supervisión efectiva de apoyo (por ejemplo, tutoría y mentoría para el desarrollo de habilidades, particularmente cuando se utilizan métodos como IVAA, que requieren tiempo y práctica para su desarrollo); mentalidad basada en el desempeño, incluyendo el análisis de la tasa de positividad y la cantidad de mujeres seropositivas que reciben el tratamiento; demanda de servicios impulsada por la cliente y la buena gobernabilidad clínica.

Personal altamente calificado y respetuoso: Suficiente personal capacitado en la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino con un enfoque en derechos humanos.

Sistema seguro de gestión de la cadena de suministro: Disponibilidad de dispositivos, gas, etc. de acuerdo con los métodos de detección/tratamiento elegidos; servicios de adquisición fiables (para garantizar la disponibilidad de gas, por ejemplo); disponibilidad de suministros de buena calidad para la prestación de servicios integrados; prevención del agotamiento de existencias mediante buenas proyecciones y sistemas; seguimiento de la vida útil y mantenimiento de los equipos.

Recursos financieros adecuados: Recursos financieros adecuados para mantener todos los componentes de la programación de la prevención del cáncer cervicouterino; recursos para apoyar la política de no rechazo.

Sistemas eficaces de comunicación y retroalimentación: Participación de la comunidad en la evaluación de las necesidades; apoyo/compromiso de la comunidad; mecanismos establecidos para involucrar a clientes en los mecanismos de evaluación de los servicios.

Véase el Anexo 4 para acceder a un instrumento de garantía de calidad para los servicios de IVAA y de crioterapia elaborados como parte de la iniciativa CCSPT. Esta herramienta puede ser adaptada para incluir otros métodos de detección y tratamiento.

Breve estudio de caso No. 6.

Con el fin de mejorar la calidad de sus servicios y comprender mejor los obstáculos y los factores que facilitan el acceso a la detección y el tratamiento del cáncer cervicouterino, el Centro Albanés para la Población y el Desarrollo realizó un estudio utilizando métodos cuantitativos y cualitativos. Las mujeres que no habían sido sometidas a pruebas de detección y todos los proveedores de servicios de salud fueron involucrados en el proceso.

Fuente: Fondo para la Ampliación de Programas de Prevención del Cáncer Cervicouterino de la IPPF -Documentación del proyecto

6. UTILIZAR LAS LECCIONES APRENDIDAS PARA INFORMAR LA DEFENSA Y PROMOCIÓN

La incidencia se define como un conjunto de acciones políticas implementadas de acuerdo con un plan estratégico que tienen como objetivo centrar la atención de la comunidad en un problema específico y guiar a los tomadores de decisiones hacia una solución. Las lecciones aprendidas y los desafíos identificados durante la implementación del programa deben ser utilizados para informar a la Asociación Miembro sobre la incidencia en cáncer cervicouterino. Los siguientes temas son ejemplos de posibles objetivos de defensa y promoción:

- Asegurar que los lineamientos nacionales se ajusten a la evidencia más actualizada (por ejemplo, en cuanto a los métodos utilizados, el reparto/reasignación de tareas entre el personal de salud, para la prevención del cáncer cervicouterino).
- Asegurar que el gobierno se comprometa a ampliar un programa nacional de prevención del cáncer cervicouterino. Asegurar que las estrategias nacionales contra el cáncer cervicouterino tengan en cuenta las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Garantizar que el gobierno se comprometa a participar en proyectos demostrativos (por ejemplo, para la introducción de programas de inmunización contra el VPH).
- Asegurar que las políticas apoyen los componentes de prevención primaria, incluida la educación sexual integral y el acceso a preservativos.
- Asegurar que en las estrategias de país se consideren múltiples estrategias complementarias, para iniciar el camino hacia la eliminación del cáncer cervicouterino.

Una estrategia de incidencia exitosa debe basarse en la evidencia y centrarse en el cambio político y la rendición de cuentas. Las acciones clave para llevar a cabo este trabajo incluyen la identificación de la cuestión/tema de incidencia, la creación de alianzas, el análisis político, el mapeo de actores, la implementación de estrategias combinadas (recolección de evidencia, IEC, movilización social, posicionamiento en los medios, relaciones públicas, etc.) y el monitoreo para asegurar la implementación efectiva de los cambios.

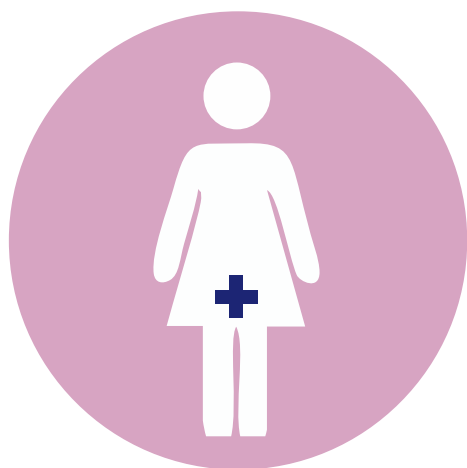


Breve estudio de caso No. 7.

Con el apoyo de PATH y otros actores, Guatemala se convirtió en el primer país centroamericano en actualizar sus lineamientos sobre la prueba de detección del cáncer cervicouterino para adaptarlas al contexto local, a fin de que reflejaran la evidencia presentada en los lineamientos de la OMS. PATH fue el catalizador de una iniciativa de asociación y promoción en 2013, que reunió a los asociados y recopiló y movilizó los datos para motivar el cambio de políticas. PATH colaboró con otros dos socios críticos no gubernamentales que aportaron activos adicionales al esfuerzo de incidencia: la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC) y la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres (Instancia). La UICC proporcionó fondos críticos para la revisión de las directrices, así como apoyo en la promoción. Instancia, una organización local de salud de la mujer, ofreció su experiencia en la promoción de políticas y la rendición de cuentas, ganada tras muchos años de trabajo con el Ministerio de Salud local para mejorar los servicios de salud de la mujer mediante la formulación de políticas, la supervisión de la prestación de servicios y la supervisión fiscal.

Fuente: Path. Estudios de caso sobre el impacto de la incidencia política. Prevención del cáncer de cuello uterino a través de mejores guías en Guatemala

RECOMENDACIÓN: La promoción de la introducción de programas de prevención del cáncer cervicouterino puede ser apoyada por las herramientas de cálculo de costos desarrolladas por la OMS. Para obtener más información, visita: https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/



PASO 3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1. RECOPIRAR Y UTILIZAR DATOS PARA MEJORAR

Los datos cualitativos y cuantitativos deben recopilarse, validarse, almacenarse con seguridad, analizarse y utilizarse periódicamente para garantizar que el programa está alcanzando sus objetivos. Para evaluar las contribuciones de un programa de una Asociación Miembro a los datos a nivel nacional (como la reducción de la incidencia y la mortalidad), es importante utilizar indicadores recomendados por el Ministerio de Salud local o los departamentos nacionales de salud.

Entre los ejemplos de indicadores y preguntas para el análisis y uso de datos figuran los siguientes:

	INDICADORES/DATOS A RECOPILAR	PREGUNTAS CLAVE
Estadísticas de servicio de IPPF (y sus definiciones) Nota: estas definiciones se actualizan periódicamente. Consulte a la Secretaría de la IPPF para obtener la versión más actualizada, según sea necesario.	Ginecología - Asesoramiento previo - Cáncer cervicouterino Antes de realizar la prueba de detección, un asesor/proveedor de servicios capacitado proporciona a la clienta asesoramiento específico y no directivo sobre la detección del cáncer cervicouterino, en un espacio que facilita la confidencialidad, con el fin de garantizar que la clienta conozca el proceso de detección, así como las ventajas y las implicaciones del conocimiento de los resultados. Ginecología - Asesoramiento posterior - Cáncer cervicouterino En un espacio que facilite la confidencialidad, un asesor/proveedor de servicios capacitado brinda asesoramiento, no directivo, específico para la clienta acerca de los resultados de la prueba de detección del cáncer cervicouterino, después de que se haya confirmado el resultado de la prueba de detección, a fin de brindar apoyo emocional a la clienta y establecer el seguimiento que sea necesario. Ginecología - Prevención - Detección - Pruebas de Papanicolaou (procedimiento de muestreo) Después de que la clienta haya recibido asesoramiento previo a la prueba y haya dado su consentimiento informado para enviar la muestra para su análisis, un proveedor de servicios capacitado utiliza un espéculo para abrir el canal vaginal y recolectar una muestra de células del cuello uterino en un espacio que facilita la confidencialidad. Ginecología - Prevención - Detección - Pruebas de Papanicolaou (prueba de laboratorio) Después de que la clienta haya recibido asesoramiento previo a la prueba y haya dado su consentimiento informado en un espacio que facilita la confidencialidad, un proveedor de servicios capacitado o un técnico de laboratorio examinará bajo un microscopio la citología tomada durante el procedimiento de muestreo para evaluar si hay signos de cambios precancerosos o cancerosos. Ginecología - Prevención - Detección - Inspección visual (IVAA o IVL) Después de que la clienta haya recibido asesoramiento previo a la prueba y haya dado su consentimiento informado, un proveedor de servicios capacitado tiñe el cuello uterino de la cliente con ácido acético (IVAA) o yodo de Lugol (IVL) y lo inspecciona visualmente en busca de signos de cambios precancerosos o cancerosos. Ginecología - Prevención - Detección – no clasificable Un proveedor de servicios capacitado proporcionará a la clienta un servicio de prevención ginecológica según se especifica en la lista de servicios. Ginecología - Tratamiento - Quirúrgico - Criocirugía Después de que la clienta haya dado su consentimiento voluntario e informado, un proveedor de servicios capacitado utilizará una	¿Existen variaciones significativas en el número de servicios/clientes atendidos de un mes a otro? En caso de que así sea, ¿a qué atribuye la Asociación Miembro estas variaciones?

	INDICADORES/DATOS A RECOPILAR	PREGUNTAS CLAVE
Estadísticas de servicio de la IPPF (y definiciones)	pistola de crioterapia para aplicar frío extremo y destruir tejido anormal en caso de que se detecten anomalías durante la prueba de detección del cáncer cervicouterino, en un establecimiento adecuado equipado para manejar situaciones que ponen en peligro la vida, de ser necesario, y en el que se observan precauciones universales y se garantiza la privacidad. Ginecología - Tratamiento - Quirúrgico - Cauterización Después de que la clienta da su consentimiento voluntario e informado, un proveedor de servicios capacitado utiliza un dispositivo de cauterización para aplicar calor y destruir el tejido anormal cuando se han detectado anomalías durante la prueba de detección de cáncer cervicouterino, en un establecimiento adecuado equipado para manejar situaciones que ponen en peligro la vida de la cliente, si es necesario, y en el que se observan las precauciones universales y se garantiza la privacidad de la cliente. Ginecología - Investigación - Diagnóstico por Imágenes - Colposcopia Después de que la clienta haya dado su consentimiento informado, un proveedor de servicios capacitado utiliza un colposcopio para visualizar el cuello uterino, la vagina y la vulva de la cliente, con el fin de buscar una lesión o lesiones premalignas o malignas, en un espacio que facilite la confidencialidad.	
Datos de la cliente	- Número total de mujeres que se sometieron a pruebas de detección de cáncer cervicouterino (por tipo de establecimiento y edad). - Número total y porcentaje de mujeres seropositivas examinadas. - Número total y porcentaje de mujeres examinadas por primera vez. - Número total de mujeres examinadas y analizadas con resultados positivos (por tipo de establecimiento y edad). - Número de mujeres sometidas a pruebas de detección y pruebas positivas que son elegibles para el tratamiento (por ejemplo, crioterapia) (por establecimiento). - Número de mujeres positivas tratadas por los servicios de la Asociación Miembro (por establecimiento). - Número y porcentaje de mujeres tratadas por los servicios de la Asociación Miembro que recibieron el enfoque de visita única (ver y tratar). - Número de mujeres positivas remitidas a un proveedor externo (por el establecimiento donde se realizó la referencia). - Número de mujeres positivas remitidas a un proveedor externo que recibieron tratamiento (referencias completadas). - Número de clientas de prevención del cáncer cervicouterino que reciben otro servicio de SSR en la misma visita (por tipo de servicio).	¿Cuál es la tasa de positividad (número de mujeres examinadas frente al número de mujeres con resultados positivos)? ¿La tasa de positividad es demasiado baja/demasiado alta de acuerdo con los lineamientos existentes? ¿Qué factores pueden estar contribuyendo a esta tendencia? ¿El 100% de las mujeres que son elegibles para recibir tratamiento reciben los servicios necesarios? En caso de que no sea así, ¿qué factores pueden estar contribuyendo a esta tendencia? ¿Se han producido mejoras o cambios negativos desde el último período de presentación de informes? ¿Qué porcentaje de mujeres tiene acceso a un enfoque de visita única? ¿Se puede mejorar la aplicación de esta estrategia? ¿Cómo se ve el desempeño de las referencias de la Asociación Miembro (análisis de las referencias completadas)?

	INDICADORES/DATOS A RECOPILAR	PREGUNTAS CLAVE
		¿Qué factores pueden estar contribuyendo a esta tendencia? ¿Hay margen para mejorar la aplicación de los mecanismos de referencia?
Datos programáticos	- Número de proveedores capacitados (por centro). - Para citología/pruebas de ADN - Número de pruebas insatisfactorias (por proveedor). - Para citología/pruebas de ADN - Tiempo promedio para entregar los resultados de la prueba. - Número de clientas que reciben servicios subsidiados o gratuitos (por centro). - Evaluación de las oportunidades desperdiciadas - por ejemplo, comparar "Número de mujeres (de 30 a 49 años o menos según la población priorizada en el contexto local) que se sometieron a exámenes pélvicos en el último trimestre" con "Número de mujeres (de 30 a 49 años o menos según la población priorizada en el contexto local) que se sometieron a pruebas de detección del cáncer cervicouterino en el último trimestre". - Déficit de detección - Población objetivo para la detección del cáncer cervicouterino en un año - Número de mujeres que recibieron servicios de detección del cáncer cervicouterino en un año / Población objetivo para la detección del cáncer cervicouterino en un año. Datos cualitativos de los cambios más significativos: 1. Durante los últimos seis meses, ¿cuáles han sido los principales cambios en la forma en que se proporcionan los servicios relacionados con el cáncer cervicouterino en su comunidad o clínica? ¿Por qué son importantes estos cambios? 2. ¿Qué factores/acciones han contribuido a estos cambios? 3. ¿Son sustentables estos cambios? 4. Describa cualquier asociación que haya contribuido a la implementación de sus intervenciones. 5. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas del programa implementación hasta la fecha?	- Basándose en las tasas/prevalencia locales del VPH por grupo de edad, ¿la iniciativa está llegando a las mujeres en mayor riesgo? Explique ¿La organización está en camino de alcanzar los resultados esperados? ¿El cumplimiento de los resultados esperados sobre la base del nivel actual de desempeño es realista?
Indicadores de impacto	- Incidencia del cáncer cervicouterino: Incidencia del cáncer cervicouterino específico por edad en una población definida de individuos libres de enfermedad en un período determinado. - Mortalidad por cáncer de cuello uterino: El número de muertes por cáncer de cuello uterino que ocurren en un período dado en una población específica. Nota: Recuerde que el impacto es a menudo el resultado de intervenciones de múltiples actores.	¿Existen cambios positivos en la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en las zonas de intervención?

	INDICADORES/DATOS A RECOPILAR	PREGUNTAS CLAVE
Datos cualitativos - perspectivas de las clientas	- Barreras y facilitadores para el acceso a los servicios - Percepción de la calidad de los servicios recibidos - Comprensión de los resultados de la prueba de detección - Comprensión de los siguientes pasos (en caso de haber recibido una referencia o un servicio de tratamiento) - Claridad acerca de la necesidad de regresar para una evaluación futura Nota: Los datos cualitativos pueden recopilarse mediante entrevistas a profundidad, grupos de enfoque, encuestas y otras técnicas.	Los testimonios de las clientas señalan áreas potenciales de calidad

Manejo de datos: confidencialidad, protección de datos y respaldo IPPF recomienda que las Asociaciones Miembro sigan estas prácticas para asegurar la protección de datos:

- Nunca divulgue información de identificación personal a terceros sin el consentimiento individual y el cumplimiento de las regulaciones locales.
- Almacenar de forma segura copias de los informes de progreso de los programas y de los informes financieros a todos los niveles.
- Almacenar de manera segura cualquier informe de garantía de calidad producido como parte del programa de cáncer cervicouterino utilizando los sistemas existentes a nivel local.

La IPPF recomienda que las Asociaciones Miembro cuenten con un procedimiento escrito de respaldo de datos que todos los miembros del personal conozcan y utilicen. Esta recomendación no es exclusiva de los programas de cáncer cervicouterino. Como mínimo, este protocolo debe establecer:

- Qué se debe respaldar, por ejemplo, datos de clientes, estadísticas de servicio, registros de proyectos
- Dónde hacer copias de seguridad, por ejemplo, disco duro, nube, copias físicas en un armario cerrado
- Frecuencia de las copias de seguridad, por ejemplo, una vez a la semana
- Persona responsable, por ejemplo, persona de información y tecnología, coordinador del proyecto, etc...

2. COMPARTIR LAS LECCIONES APRENDIDAS CON EL MOVIMIENTO EN GENERAL

La prevención del cáncer cervicouterino es un campo en evolución, en el que muchos actores participan en la creación de un impacto duradero. La documentación y difusión de las mejores y prácticas más prometedoras, las lecciones aprendidas y los resultados de la implementación de diferentes estrategias (enfoque de visita única, visita múltiple, co-prueba) contribuyen a los esfuerzos del movimiento en su conjunto. A continuación se presentan algunos ejemplos de acciones que una Asociación Miembro puede implementar para documentar y compartir experiencias con otras:

- **Llevar a cabo investigaciones operativas:** La investigación operativa tiene por objeto evaluar la eficacia, la aceptabilidad y la replicabilidad de las estrategias específicas aplicadas en el marco de un programa.

Breve estudio de caso No. 8.

Como parte de la iniciativa del CCSPT, las organizaciones asociadas encargaron una investigación operativa en 2015 para analizar las modalidades y la eficacia de los métodos de referencia para el tratamiento ulterior de las mujeres que habían resultado positivas en los pruebas de detección. El estudio, realizado en Uganda, demostró que la mayor dificultad para completar el tratamiento de referencia era el costo y la distancia geográfica. Las enseñanzas extraídas de esta investigación operacional condujeron a la aplicación de una estrategia de intensificación centrada en el uso del enfoque de la visita única, cuyos resultados se han compartido ampliamente con otras organizaciones que trabajan sobre el terreno.

Fuente: Documentación de la iniciativa CCSPT

- **Enviar resúmenes/ponencias a conferencias especializadas:** Los lineamientos para la presentación de resúmenes y ponencias se encuentran en los sitios web y redes sociales de los organizadores de la conferencia. Los temas de interés para el movimiento comprenden los resultados de la integración de los servicios de cáncer cervicouterino y SSR, las buenas prácticas para reducir las pérdidas durante el seguimiento, los mecanismos para fortalecer las referencias y la introducción de nuevas tecnologías (aceptabilidad, barreras, etc.). Las conferencias relevantes para compartir esta información incluyen la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar, las conferencias sobre VIH, Women Deliver, las reuniones de la FIGO, las Conferencias Mundiales sobre Cáncer de Mama y Cáncer cervicouterino de la UICC y las Conferencias Mundiales sobre Enfermedades No Transmisibles, entre otras.
- **Panelistas:** Participar como orador en eventos mundiales, regionales y nacionales sobre las mejores y más prometedoras prácticas en la programación del cáncer cervicouterino con el fin de compartir las lecciones aprendidas e intercambiar experiencias.
- **Artículos de revisión por pares:** Las revistas ofrecen una buena plataforma para compartir la evidencia y las lecciones aprendidas en la implementación de la programación del cáncer cervical.

Breve estudio de caso No. 9.

En 2017, los socios de la iniciativa CCSPT publicaron el artículo "Integrating cervical cancer screening and preventive treatment with family planning and HIV related services" en el International Journal of Gynecology & Obstetrics. En 2018, las Asociaciones Miembro de IPPF enviaron siete resúmenes al Journal of Global Oncology, para compartir lecciones aprendidas y recomendaciones para implementar iniciativas de prevención secundaria en diversos entornos.

Fuente: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12194>

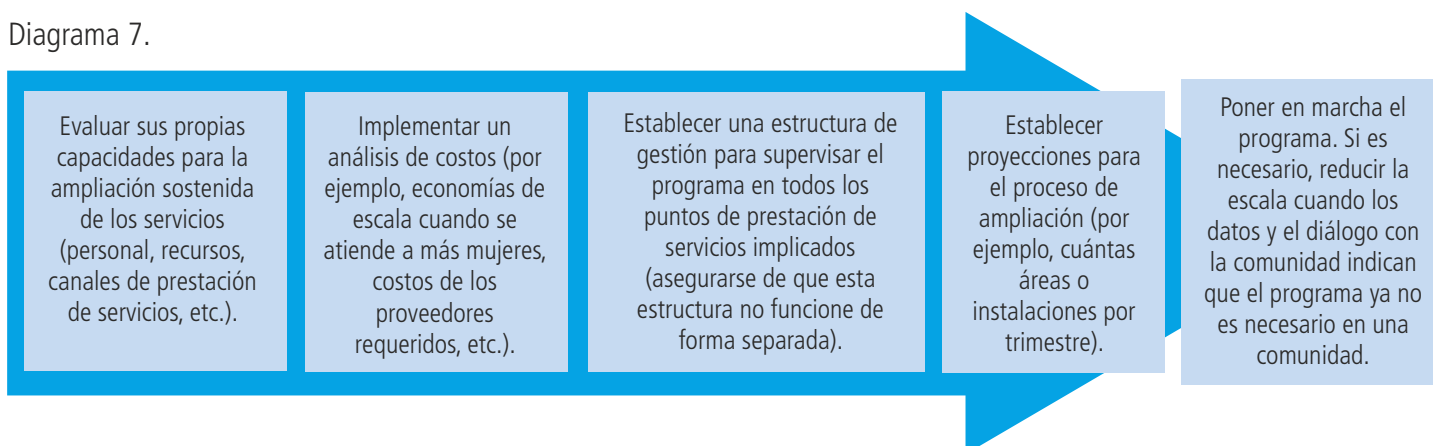
- **Elaborar y difundir publicaciones breves:** Folletos, estudios de caso, blogs o folletos pueden ser una buena manera de documentar las lecciones aprendidas y proporcionar consejos sobre buenas prácticas. Véase <https://www.ippfar.org/search?s=cervical+cancer> para ver ejemplos de publicaciones sobre buenas prácticas para la prevención del cáncer de cuello uterino.
- **Webinarios:** actores tales como el Cervical Cancer Action organizaban seminarios en línea para ofrecer información y las experiencias más recientes en la prevención del cáncer cervicouterino a nivel mundial. Unirse como orador o participante puede proporcionar una plataforma para compartir las experiencias de la Asociación Miembro. Véase <http://www.cervicalcanceraction.org/multimedia/multimedia.php>.
- **Comunidades de práctica:** El establecimiento de comunidades de práctica para el intercambio de conocimientos y el debate sobre buenas intervenciones puede motivar tanto a quienes prestan servicios como a personas vinculadas a la gestión de programas.

PASO 4. ANÁLISIS DE VIABILIDAD PARA AMPLIAR O LIMITAR LA INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA

Las iniciativas relacionadas con el cáncer cervicouterino a menudo comienzan como proyectos demostrativos destinados a servir dos propósitos: 1) permitir que distintos actores adquieran suficientes conocimientos sobre la implementación, permitiendo así que el proceso de pasar de la investigación a la expansión e institucionalización sea más factible, y 2) permitir que las partes interesadas extraigan información generalizable para el eventual desarrollo de lineamientos y herramientas. Sin embargo, muchos proyectos demostrables nunca se amplían, debido a la falta de voluntad política, la falta de recursos, la identificación de otras necesidades más apremiantes en la comunidad y otras cuestiones. El seguimiento cercano de la iniciativa y el diálogo continuo con la comunidad asegurarán que una Asociación Miembro tenga suficiente información para tomar decisiones con respecto a la necesidad de ampliar o reducir un programa de prevención del cáncer de cuello uterino. Nota: La reducción no significa que las Asociaciones Miembro ya no necesiten implementar programas de prevención secundaria. Solo significa que, en algunos escenarios, las Asociaciones Miembro necesitarán disminuir el número de puntos de prestación de servicios o áreas de intervención para responder mejor a los cambios en el contexto, la necesidad y los recursos humanos y financieros disponibles.

Si una Asociación Miembro ha decidido que ha llegado el momento de ampliar una iniciativa, los siguientes pasos pueden ser útiles (Ver Diagrama 7).

Diagrama 7.



Prácticas recomendadas en la programación del cáncer cervicouterino

Esta sección complementa la guía paso a paso al resumir las prácticas prometedoras documentadas durante los programas de cáncer de cuello uterino previamente implementados. Se hace hincapié en las prácticas que ayudan a reducir las dificultades financieras y sociales que impiden el acceso a los servicios, aquellas que evitan la pérdida de seguimiento, y las que generan un entorno propicio para la ejecución de programas sustentables.

INVOLUCRAMIENTO DE VARONES Y FAMILIAS

PRÁCTICA	Crear conciencia sobre la prevención del cáncer cervicouterino entre varones y miembros de la familia para reducir las barreras sociales que afectan la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios de detección y tratamiento.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Aumento del número de varones que movilizan a las mujeres para que accedan a las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. • Mejor conocimiento entre varones y miembros de la familia sobre la prevención del cáncer de cuello uterino. • Actitudes más favorables con respecto al acceso de mujeres a los servicios. • Mayor número de mujeres que pueden acceder a servicios integrados (cuando las mujeres llegan a recibir atención del cáncer cervicouterino, pueden acceder a otros servicios que a menudo son estigmatizados por sus parejas y la comunidad). • Mayor número de mujeres que pueden seguir medidas de autocuidado después de recibir tratamiento ablativo (por ejemplo, más varones entienden la importancia de abstenerse de tener relaciones sexuales durante el período de recuperación recomendado para las mujeres que recibieron tratamiento).
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Identificar varones/familias a los que la Asociación Miembro debe dirigirse en sus áreas de intervención. 2. Implementar encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para evaluar cómo los mitos, conceptos erróneos y las normas de género afectan el comportamiento de varones. 3. Definir los cambios que la Asociación Miembro desearía lograr y la forma en que estos los cambios contribuyen a aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. 4. Identificar estrategias para involucrar a varones y a los miembros de la familia (a través de los medios de comunicación y los comités comunitarios, durante el asesoramiento previo y posterior al cáncer de cuello uterino, siempre y cuando la mujer consienta en ello, etc.). 5. Desarrollar mensajes clave que la Asociación Miembro quiera difundir a través de las diferentes estrategias. ¡Es necesario asegurar la validación con varones/miembros de la comunidad!

INVOLUCRAMIENTO DE LÍDERES COMUNITARIOS

PRÁCTICA	Involucrar a personas líderes dentro de la comunidad para que movilicen a las mujeres a fin de que asistan a los servicios integrados de alcance comunitario.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Mayor disponibilidad de recursos para implementar servicios comunitarios, por ejemplo, los parlamentarios (representantes) locales se comprometen a destinar fondos para apoyar a las mujeres de sus comunidades a acceder a los servicios de detección y tratamiento, según sea necesario. • Aumento del número de aliados para la defensa del cáncer de cuello uterino (a corto plazo). • Mayor número de aliados que apoyan la SSR y los derechos (a mediano plazo). • Mejor conocimiento entre los líderes de la comunidad sobre las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino. • Actitudes de mayor apoyo respecto al acceso de las mujeres a los servicios. • Aumento del número de mujeres que acceden a servicios de prevención del cáncer cervicouterino y de SSR.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Hacer un mapeo de líderes comunitarios en las áreas de intervención (incluyendo su nivel de influencia, poder de toma de decisiones, antecedentes en el apoyo a temas de SSR o iniciativas de la organización, capacidad para comprometer recursos, etc.). 2. Definir qué cambios le gustaría lograr a la Asociación Miembro en su trabajo con líderes de la comunidad y cómo esos cambios contribuyen a aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. 3. Implementar encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (si es pertinente, basadas en los cambios que se esperan). 4. Organizar reuniones individuales para discutir el cáncer de cuello uterino y las expectativas de la Asociación Miembro sobre su posible apoyo. 5. Invitar líderes de la comunidad a aprender más sobre el paquete integral de servicios de la Asociación Miembro. 6. Brindar apoyo a líderes comunitarios para que difundan mensajes (por ejemplo, con capacitación en medios de comunicación, formulación de mensajes clave, etc.). 7. Establecer indicadores para evaluar el nivel de éxito de esta alianza (por ejemplo, el número de acciones comunitarias organizadas conjuntamente con el apoyo de los líderes comunitarios). 8. Supervisar el éxito de la estrategia y adaptarla según sea necesario. 9. Comparar datos de los servicios para evaluar si la estrategia está teniendo un impacto en el acceso de las mujeres a los servicios. 10. Mantener una relación cercana con líderes de la comunidad, involucrándoles en otras iniciativas de SSR y de derechos.

ASOCIO CON EMPRESAS/LUGARES DE TRABAJO PARA AUMENTAR EL ACCESO

PRÁCTICA	Involucrar a fábricas y otros lugares de trabajo para financiar servicios integrados de extensión, y reducir las barreras clave para acceder a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Mayor disponibilidad de recursos para implementar los servicios de extensión, por ejemplo, los lugares de trabajo pueden comprometerse a financiar los servicios como parte de su unidad de responsabilidad social. • Mejor conocimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino entre mujeres. • Aumento del número de mujeres que acceden a servicios de prevención del cáncer cervicouterino y de SSR. • Reducción de las barreras financieras para acceder a los servicios integrados. • Reducción de pérdidas durante el seguimiento, por ejemplo, es fácil rastrear a las clientas si se utiliza un enfoque de visitas múltiples.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Hacer un mapeo de las fábricas al alcance de los equipos de trabajo comunitario de la Asociación Miembro. 2. Establecer contacto - presentar la organización, su trabajo, algunos mensajes clave sobre el tema. La importancia de la prevención del cáncer de cuello uterino y por qué una fábrica puede ser un buen lugar para ofrecer el servicio (por ejemplo, mujeres en el grupo de edad objetivo). Discutir la posibilidad de ofrecer servicios integrados. 3. Llegar a un acuerdo sobre cuestiones financieras. 4. Proporcionar sesiones de información y educación a las trabajadoras e invitarlas a acceder a los servicios. 5. Ofrecer servicios (idealmente utilizando un enfoque de una sola visita, para reducir costos). 6. Proporcionar servicios de seguimiento, según sea necesario. 7. Mantener contacto con el personal para organizar futuras visitas.

INCLUSIÓN DE ACOMPAÑANTES

PRÁCTICA	Usar acompañantes (es decir, trabajadores comunitarios de salud) para ayudar a las mujeres con resultados anormales a navegar por el sistema de salud y superar las dificultades para obtener una atención adecuada y oportuna.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Aumento del número de mujeres con resultados anormales que reciben tratamiento de lesiones precancerosas o atención terciaria. • Reducción de los retrasos en el acceso a la atención por parte de las mujeres con resultados anormales. • Reducción de los abandonos de las mujeres con resultados anormales en el proceso de tratamiento. • Aumento de la satisfacción de las usuarias.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Establecer un grupo de acompañantes capacitados. 2. Asignar recursos para asegurar que los acompañantes puedan proporcionar apoyo individualizado a las mujeres. 3. Establecer un procedimiento sistemático para identificar a las personas con resultados anormales o cáncer que necesitan servicios adicionales. 4. Comunicarse con clientes y recopilar información sobre los obstáculos a la continuidad de la atención para diagnóstico y tratamiento. 5. Implementar soporte de navegación individualizado. 6. Monitorear los resultados de la iniciativa (por ejemplo, ¿ha habido un aumento en las tasas de tratamiento desde el inicio de la estrategia?).

INNOVAR PARA AUMENTAR EL SEGUIMIENTO DE LAS CLIENTAS MEDIANTE EL USO DE TECNOLOGÍA MÓVIL

PRÁCTICA	Utilizar teléfonos celulares para hacer un seguimiento de la información sanitaria; y llegar a las clientas con información sobre el cáncer de cuello uterino, invitaciones para acceder a los servicios de detección, seguimiento después de un servicio de detección, etc.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Mayor conciencia sobre la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino. • Aumento de la tasa de referencias concluidas para tratamiento.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Evaluar la relevancia de la iniciativa - ¿La tecnología móvil es accesible a todas las mujeres en sus áreas de intervención? 2. Asociarse con expertos en soluciones de telefonía móvil para el sector salud. 3. Consultar a las poblaciones objetivo (mujeres, proveedores, personal administrativo que rellenará los datos) durante el desarrollo de la solución de telefonía móvil. 4. Pilotear la solución de telefonía móvil. 5. Aumentar la escala de la solución. Asegurarse de utilizar la información generada para dar seguimiento a clientes y tomar decisiones programáticas informadas.

GARANTIZAR UNA BUENA GESTIÓN FINANCIERA

PRÁCTICA	Evaluar periódicamente todos los costos involucrados en la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino a través de una combinación de canales de prestación de servicios.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Mejora de la capacidad de respuesta a los cambios en el contexto. • Mejora de la sustentabilidad de los servicios, en particular para poblaciones vulnerables.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Elaborar un presupuesto anual en el que se estimen los costos e ingresos/ pérdidas previstos utilizando datos de los equipos de gestión de suministros, finanzas y recursos humanos, así como proyecciones de los servicios por área de intervención. 2. Actualizar la información regularmente y a medida que se produzcan cambios (por ejemplo, cambios en los costos de suministro, aumento del número de beneficiarios, etc.). 3. Identificar las áreas en las que se pueden evitar las pérdidas y el desperdicio de recursos (evaluar las posibles asociaciones en un área geográfica específica para minimizar los costos y aumentar el acceso, por ejemplo).

IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS HIJA-MADRE

PRÁCTICA	Implementar visitas domiciliarias para difundir información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino y conectar a las mujeres con los servicios de detección y tratamiento.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Mejor conocimiento entre las mujeres respecto a la prevención del cáncer cervicouterino. • Aumento del número de mujeres que acceden a servicios de prevención del cáncer cervicouterino y SSR. • Aumento de la percepción de privacidad entre las mujeres a las que se dirige el programa (madres). • Percepción de una mejor comunicación madre-hija entre las participantes. • Mayor participación de jóvenes en la promoción del acceso a los servicios de SSR (incluido el acceso a la vacunación contra el VPH) y de sus derechos de SSR.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Reclutar jóvenes dispuestas a participar en la estrategia. 2. Proporcionar sensibilización y capacitación sobre la prevención del cáncer de cuello uterino. 3. Desarrollar y compartir un conjunto de mensajes clave para que las jóvenes los compartan con sus madres. 4. Preparar a las jóvenes para superar los posibles problemas de comunicación (por ejemplo, cómo iniciar el diálogo, la gestión de la autoridad de los padres, etc.). 5. Vigilar la aplicación de la estrategia y sus efectos en el aumento del acceso a los servicios por parte de las mujeres en el grupo de edad prioritario. 6. Involucrar a las jóvenes en otras actividades de SSR y sobre sus derechos.

LLEGAR A LAS MUJERES ELEGIBLES A TRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARIAS

PRÁCTICA	Involucrar mujeres jóvenes (por ejemplo, identificadas en el ámbito escolar, por parte de las y los educadores pares) para que transmitan mensajes a sus madres/parientes sobre la prevención del cáncer cervicouterino y el acceso a los servicios.
RESULTADOS OBSERVADOS	• Mejor conocimiento entre mujeres sobre la prevención del cáncer de cuello uterino. • Aumento del número de mujeres que acceden a servicios de prevención del cáncer cervicouterino y de SSR. • Aumento de la percepción de privacidad entre las mujeres a las que se dirige la campaña. • Mayor número de mujeres que regresan a los servicios para recoger sus resultados (enfoque de visitas múltiples), puesto que las visitas domiciliarias ofrecen oportunidades para explicar más a fondo la importancia de los servicios de seguimiento.
PASOS RECOMENDADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	1. Usar datos (o fuentes locales) para establecer un mapa de las casas que se van a visitar. 2. Establecer un grupo de proveedores capacitados para implementar las visitas domiciliarias. 3. Desarrollar mensajes clave con sensibilidad cultural, materiales de IEC para entregar durante las visitas, y asegurar la disponibilidad de formularios de referencia. 4. Si es posible, organizar actividades generales de sensibilización para que miembros de la comunidad se ganen la confianza de las personas. 5. Implementar las visitas y referir a las mujeres a los servicios, según sea necesario.

Más información: Recursos recomendados

PROTOCOLOS, LINEAMIENTOS Y AYUDAS DE TRABAJO	- Control integral del cáncer de cuello uterino, 2ª edición: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/ - Lineamientos de la OMS para la detección y tratamiento de lesiones precancerosas para la prevención del cáncer de cuello uterino: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/ - Uso de la crioterapia para la neoplasia intraepitelial cervical: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/ - Equipo crioquirúrgico para el tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino y la prevención del cáncer de cuello uterino, especificaciones técnicas de la OMS: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/
HERRAMIENTAS DE GARANTÍA DE CALIDAD	OPS/OMS. Seguimiento de los programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino: Control de calidad y garantía de calidad para la inspección visual con programas basados en ácido acético (IVAA). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22199&Itemid=270&lang=en
HERRAMIENTAS DE PROGRAMACIÓN	- Prevención y control integral del cáncer de cuello uterino: Orientación programática para los países' http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/ENGLISH-%20Cervical%20Cancer%20Guidance.pdf - Planificación e implementación de programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: Manual para Directivos: http://www.path.org/publications/files/RH_accp_mfm.pdf
HERRAMIENTAS DE ENTRENAMIENTO	- Paquete de capacitación de la iniciativa CCSPT: https://www.dropbox.com/s/6ljj449jc3rrejs/CCP%20Training%20Package%20Mar%202014.zip?dl=0 - Curso de Métodos Visuales para la Detección del Cáncer Cervicouterino: Inspección visual con ácido acético y yodo de Lugol'http://www.rho.org/files/PATH_VIA_curric_I-V_for_web.pdf

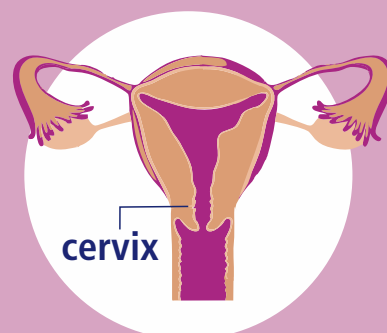
Anexos

Anexo 1. Ejemplo de póster para su adaptación

¡PUEDES PREVENIR EL CÁNCER CERVICOUTERINO!

DATOS CLAVE:

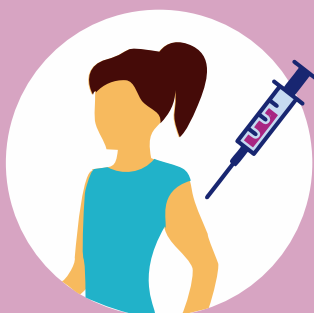
El cáncer cervicouterino se desarrolla en el cuello uterino de la mujer. La causa principal del cáncer cervical es el VPH, que es la infección de transmisión sexual más común.



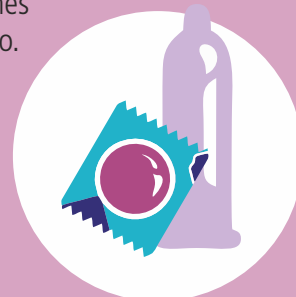
¡SOLO TOMA UNOS MINUTOS SALVAR TU VIDA!



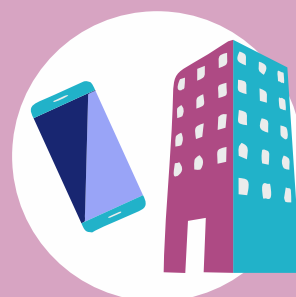
Las mujeres de 30 a 49 años de edad pueden prevenir el cáncer de cuello uterino mediante el acceso a pruebas de detección y tratamiento. ¡Una prueba de detección ayuda a descubrir si una mujer está en riesgo! Mujeres con lesiones precancerosas pueden recibir tratamiento.



Los condones masculinos y femeninos ayudan a reducir la transmisión del VPH.



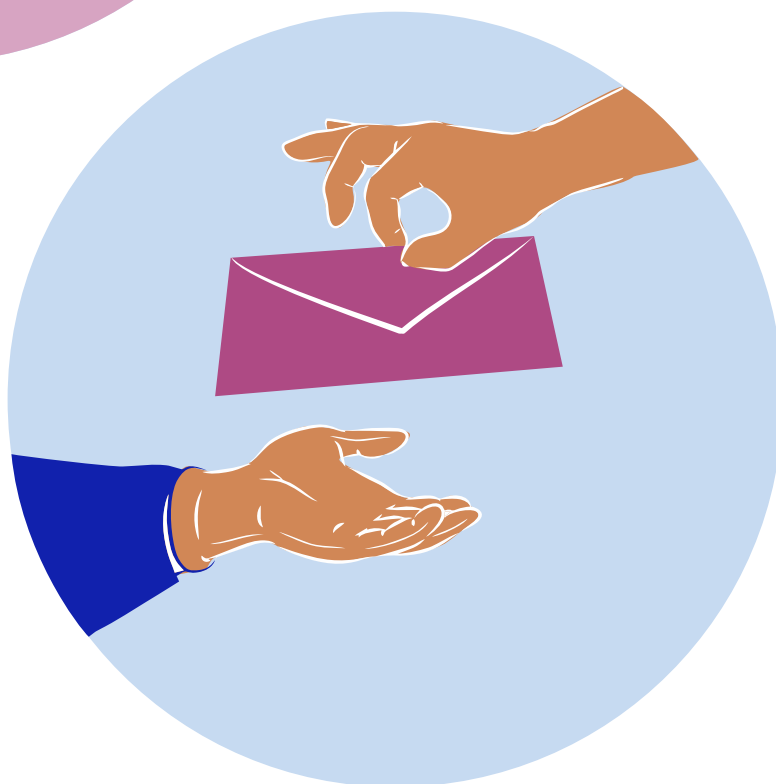
Niñas y niños menores de 14 años pueden prevenir el cáncer cervical si tienen acceso a las vacunas contra el VPH en nuestras clínicas. ¡Las vacunas contra el VPH son efectivas y seguras!



¡ACTÚA AHORA! MÁS INFORMACIÓN:

Podemos ayudarte a prevenir el cáncer de cuello uterino. Pregunta a nuestros proveedores o llama al **123 456 789** www.website.com

Anexo 2. Ejemplo de folleto para su adaptación



Querida usuaria,

¡Nos alegra tanto verte! El hecho de que estés aquí el día de hoy demuestra que indudablemente valoras y te preocupas por tu salud. Es por eso que nos entusiasma compartir información sobre ciertos temas de salud que creemos deberías conocer. Recuerda, estamos aquí para apoyarte y ayudarte a vivir una vida feliz y saludable, así que nos gustaría ayudarte a entender y prevenir estos problemas.

Muy bien, empecemos. ¿Has oído hablar del cáncer cervical? Tal vez sí, pero no estás segura de lo que es. Bueno, este es un cáncer que se desarrolla en el cuello uterino de las mujeres, que es la parte inferior del útero. Su causa principal es el virus del papiloma humano (VPH), que es la infección viral más común transmitida por contacto sexual. Si eres sexualmente activa, corres el riesgo de contraer el VPH, incluso si solo has tenido relaciones sexuales con una persona. Si fumas o si tu sistema inmunológico está débil (por ejemplo, si eres una mujer que vive con VIH), corres un riesgo especialmente alto de contraer el VPH.

¡Pero no te asustes! Tal vez ya sepas que una infección por el VPH no suele causar daños graves, no hay síntomas perceptibles, y generalmente desaparece por sí sola, sin tratamiento médico. Sin embargo, en algunos casos, la infección por el VPH no desaparece y el virus puede provocar lesiones precancerosas o incluso cáncer cervicouterino.

Pero querida usuaria, la buena noticia es que... ¡el cáncer cervicouterino es totalmente prevenible! ¡Sí, lo es! ¡Y tú y tu familia pueden tomar medidas para prevenir el cáncer cervicouterino a tiempo! Por ejemplo, si tienes un hijo o una hija, ambos pueden acceder a la vacuna contra el VPH antes de que se vuelvan sexualmente activos. Esta vacuna segura y eficaz previene la transmisión del virus del VPH y se ha utilizado en todo el mundo durante muchos años.

Queremos que te sientas bien y que estés saludable, así que también queremos informarte que el uso de condones femeninos y masculinos puede ayudar a reducir la transmisión del VPH. Increíble, ¿cierto?

Además de la vacuna contra el VPH, puedes prevenir el cáncer cervicouterino en tu vida, accediendo a los servicios de detección y tratamiento aquí mismo en nuestra clínica. Una prueba de detección es una manera de determinar si estás en riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino. Existen diferentes métodos de detección. Sin embargo, lo más importante que debe saber, es que cada uno de estos métodos es rápido, fácil y ayuda a salvar vidas.

Si decides acudir a nuestros servicios de detección, es posible que nos encontremos con que no tienes nada de qué preocuparte. ¡Eso es genial! Solo asegúrate de que te acuerdes de regresar y visitarnos de nuevo para una revisión periódica, por si acaso. Si encontramos una lesión precancerosa, no te asustes. ¡Podemos tratarlas! Solo recuerda que el tratamiento debe realizarse lo antes posible antes de que las lesiones se conviertan en cáncer cervical. Querida usuaria, a veces la prueba revela que es probable que hayas desarrollado el cáncer. Si esto te pasa, ¡no te asustes! No es una sentencia de muerte. Más bien, es una gran oportunidad para prevenir que el cáncer cervicouterino se desarrolle aún más. Recuerda, el cáncer cervicouterino es altamente tratable si se diagnostica en una etapa temprana. Queremos que sepas que hay muchas opciones de tratamiento.

Bueno querida usuaria, ahora que conoces los conceptos básicos sobre el cáncer cervicouterino, tal vez te gustaría recibir más información. Nos encantaría poder proporcionártela, solo tienes que ponerte en contacto con xxxxxx.

La información precisa puede salvar vidas. Así que, sigue amando la vida compartiendo esta información con las personas que te importan. ¡Corre la voz! ¡Trabajemos juntas para prevenir el cáncer cervicouterino y ayudarte a ti y a las mujeres como tú a llevar una vida feliz y saludable!

Esperamos que tengas un día hermoso.

Con cuidado y afecto,

Nosotras

Anexo 3. Formularios de referencia para su adaptación

B1b: Formulario de referencia de clientes para crioterapia

País:.....

Sitio:.....

Información de la cliente:.....

Número único de cliente:.....

Apellido(s):

Nombre(s):

Edad:

Aldea/Autoridad tradicional/Pueblo: Distrito:

Pueblo:

Detalles de la dirección:.....

Teléfono:.....

1. Fecha de la visita inicial (día/mes/año):

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

2. Por favor, rellene la información del centro de referencia:

Nombre:

Detalles de la dirección:.....

Teléfono:

Persona de contacto:.....

RESULTADOS DE LA IVAA: Para uso del proveedor de referencia

3. Fecha en que la cliente se presentó para recibir atención (día/mes/año):

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

4. Dibuje la unión del tejido escamoso cilíndrico y las lesiones observadas con la IVAA:

5. Resultados de la IVAA:

(1. Negativo, 2. Positivo, 3. Sospechoso de cáncer (SFC))

☐
☐

6. Si la IVAA es positiva, ¿es elegible para la crioterapia? (1. Sí, 2. No)
7. ¿Se realizó la crioterapia? (1. Sí, 2. No) (En caso afirmativo, indique la fecha DD/MM/AAAA) En caso negativo, complete las preguntas 6 y 8.
8. Razón principal por la que no se realizó la crioterapia:
 1. Cliente rechazada - Razón dada
 2. La cliente decidió posponer - Razón dada
 3. Lesión blanca y densa al menos 2 mm más grande que la sonda o lesión que se extiende hacia la pared vaginal
 4. La lesión se extiende más de 2 mm en el endocervix
 5. SFC
 6. La cliente tiene más de 20 semanas de embarazo
 7. Otro (especifique)
9. Si no se realizó la crioterapia, ¿cuál es el plan de acción para la usuaria?
 1. Se le aconseja que regrese y le den una cita.
 2. Se le ha dado tratamiento para las infecciones de transmisión sexual y se le ha dado una cita.
 3. Remitida para una evaluación posterior

Anexo 4. Herramienta de garantía de calidad para la adaptación

ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN Y LA TERAPIA PREVENTIVA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO - PROYECTO CCSPT	N/A (marcar con una X)	Estándar no disponible (marcar con una X)
I. INFRAESTRUCTURA La desmedicalización es evidente - la cliente se siente cómoda y hay respeto por su privacidad y confidencialidad. El establecimiento de la clínica/centro cuenta con un área de preprocedimiento, procedimiento, postprocedimiento para la atención a la cliente y un espacio para el procesamiento de instrumentos. La unidad dispone de todo el mobiliario y suministros necesarios y de un adecuado flujo de clientes. Los servicios de la iniciativa CCSPT se anuncian claramente en las instalaciones.		
II. RECURSOS HUMANOS Se capacita a un número adecuado de proveedores sobre CCSPT (lo adecuado debería evaluarse con base en la demanda actual de servicios. Cuando hay un número adecuado de proveedores, las clientas no deberían tener que esperar por largos períodos de tiempo para acceder al servicio u obtener una cita). El personal administrativo está al tanto de la disponibilidad de IVAA y crioterapia en el establecimiento. Se capacita a un número adecuado de personal para mantener el equipo, incluida la prevención de infecciones y el montaje y desmontaje de la unidad criogénica.		
III. ASESORAMIENTO Y PREVENCIÓN Se realiza un historial clínico completo para establecer la elegibilidad para la prueba de detección cervical. Se discuten la planificación familiar y las pruebas de detección del VIH/ITS. Se hace hincapié en el asesoramiento, la confidencialidad y el consentimiento. La información se explica detalladamente de manera no amenazadora y en un lenguaje que la mujer entienda. Se enfatiza la privacidad y comodidad para la cliente. Las clientas están cubiertas y no completamente expuestas antes y durante el procedimiento, y solo está presente el personal necesario en la sala de procedimientos. La cama de procedimientos está orientada hacia al lado opuesto de la puerta y las puertas de la sala de procedimientos están cerradas. Nadie entra en la habitación hasta que el procedimiento haya terminado.		
IV. IVAA Los instrumentos están completos y listos para su uso y están cubiertos hasta el momento de su uso (basado en la lista proporcionada en el protocolo). Completar el examen general pertinente, incluyendo un examen pélvico con la oportunidad de excluir anormalidades como ITS, neoplasias malignas evidentes u otras afecciones. Inserte suavemente el espéculo para ver claramente el cuello uterino. Aplique ácido acético al 3-5% en el cuello uterino durante un minuto. Discuta los resultados con la cliente antes de pasar a la siguiente etapa del servicio CCSPT. Limpie la fuente de luz con una solución de cloro al 0,5% o alcohol para evitar la contaminación cruzada y limpie la mesa después de que la cliente se haya ido. El espéculo y la pinza se sumergen completamente en 0,5% de cloro durante 10 minutos. Limpie los instrumentos con un cepillo y agua con jabón, enjuague y seque. Instrumentos de proceso para el siguiente uso (esterilización/desinfección de alto nivel).		

V. CRIOTERAPIA

Proporcionar información sobre la crioterapia y obtener el consentimiento.

Repita la IVAA para identificar la lesión.

Compruebe la presión del tanque de gas antes del tratamiento para asegurarse de que es suficiente (según los lineamientos de fabricación).

Aplique la punta de la criosonda en el cuello del útero, asegurándose de que el chupete esté centrado y bien colocado en el orificio cervical.

Cuando se congele, apriete el gatillo hasta que encaje sin ejercer presión continua sobre el mismo.

Sostenga la criosonda perpendicular al plano del cuello uterino. Asegúrese de que ni la criosonda ni su punta toquen la vagina. Utilice una vaina de plástico para proteger la sonda o coloque una lengüeta/espátula de madera entre la sonda y las paredes vaginales.

Realice la crioterapia de doble congelación. Congele por tres (3) minutos. No retire la punta mientras el cuello uterino se descongela y vuelva a congelar durante cinco (5) minutos.

Inspeccione el cuello uterino para asegurarse de que haya una bola de hielo dura, blanca y congelada.

Retire la sonda del cuello uterino y espere a que se desprenda la crioterapia.

Inspeccione el cuello uterino para ver si hay sangrado y, si es necesario, aplique presión con un hisopo de algodón limpio. Deshágase del hisopo.

Cerrar el tratamiento del poste de la válvula de gas.

VI. POST-CRITERAPIA

Proporcionar a la clienta información posterior al tratamiento y de seguimiento

Compruebe si la cliente está experimentando calambres excesivos. Si lo está y no desaparece en 10 minutos, dele un analgésico oral.

Observe a la clienta durante al menos 15 minutos.

Termine el procedimiento sin problemas, incluyendo la limpieza del cuello uterino y la vagina y asegurándose de que no haya sangrado continuo, retire suavemente el espéculo y limpie la vulva, si es necesario. Proporcione a la clienta una toalla sanitaria y cúbrala. Apoye a la clienta y trasládela al área de postprocedimiento.

Descontaminación: Todos los instrumentos utilizados se desmontan y se sumergen completamente en una solución de descontaminación (solución de cloro al 0,5%). Proceder con la punta de la criosonda según las instrucciones de fabricación.

Descontamine la unidad de crioterapia, la manguera y el regulador limpiándolos con alcohol al 70-90%.

Documentar las conclusiones.

Se proporcionan instrucciones de alta, incluyendo instrucciones orales y escritas de alta y detalles sobre los signos de peligro que requieren atención inmediata.

VII. EQUIPO Y SUMINISTROS

Fuente de luz (idealmente un faro)

Bandeja de instrumentos

Espéculos bivalvos de diferentes tamaños

Hisopos de algodón o lana de algodón sostenidos con fórceps

Solución diluida de ácido acético (3% a 5%) Solución de cloro (0,5%) Temporizador Guantes para exploración Espátula de madera		
Equipo de crioterapia Regulador de funcionamiento con manómetro Manguera flexible que conecta el regulador a la pistola criogénica Mango, gatillo y sonda funcionales Punta de criosonda metálica diseñado para encajar en el cuello uterino La punta de la criosonda permanece unida al eje de la criosonda para evitar que el agua entre en el interior de la cavidad Inspeccione los anillos y las arandelas cada vez que se cambie el cilindro. Descongelación criogénica y limpieza con sonda de gas comprimido. Mantenga la máquina en un lugar seguro con la punta criogénica cubierta. Asegúrese de que haya una presión de gas adecuada en el cilindro según las instrucciones de fabricación después de abrir el cilindro para liberar el gas. Use carros de cilindros para tanques de gas con almacenamiento vertical seguro.		
Puntuación total (= número de celdas con una "x" para cada columna) Número de normas evaluadas (= número total de normas - número total de normas "N/A") Divida la puntuación total neta entre el número de normas evaluadas CCSPT: Comentarios		

BIBLIOGRAFÍA

- Adhiambo, J. (n.d). Cervical cancer screening and prevention therapy meeting. Nairobi: Family Health Option Kenya.
- Alliance for Cervical Cancer Prevention (2004). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes. ACCP, pp. 3-246.
- Arrossi, S. (2008). Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención del cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Buenos Aires: PAHO/OMS, pp. 1-153.
- Asmani, C. (2014). Suggested elements of a good training program. Dar-es-Salaam: IPPF Africa Regional Office.
- Asmani, C. (2015). Cervical Cancer Screening and Preventive Therapy Review Meeting: Reporting – what is required? Dar-es-Salaam: IPPF Africa Regional Office.
- Bill & Melinda Gates Foundation (fecha no disponible). Global health progress report form., pp. 1-19
- Broutet, N. (2015). WHO's comprehensive global guidance on cervical cancer control: New evidence, guidance and fundamentals for country-level success. Cervical cancer ACTION, pp. 1-57.
- Cervical Cancer Action (2018). Global progress in visual inspection for cervical cancer screening.
- Cremer, M., Maza, M., Alfaro, K., Kim, J., Ditzian, L., Villalta, S., Alonzo, T., Felix, J., Castle, P. & Gage, J. (2016). Introducing a high-risk HPV DNA test into a public sector screening program in El Salvador. Journal of lower genital tract disease, 20(2), pp. 145-150.
- Cochrane. "Does HPV vaccination prevent the development of cervical cancer? Are there harms associated with being vaccinated" [press release]. Cochrane, News and events, 09 May 2018. Web. 09 May 2018. <http://www.cochrane.org/news/does-hpv-vaccination-prevent-development-cervical-cancer-arethere-harms-associated-being>
- Cochrane. "Scientific expert reaction to new Cochrane Review on HPV vaccine for cervical cancer prevention in girls and women." Cochrane, News and events, 09 May 2018. Web. 09 May 2018. <http://www.cochrane.org/news/scientific-expert-reaction-new-cochrane-review-hpvpvaccine-cervical-cancer-prevention-girls-and>
- Cochrane. "Media coverage of new Cochrane Review on HPV vaccine for cervical cancer prevention in girls and women." Cochrane, News and events, 09 May 2018. Web. 09 May 2018. <http://www.cochrane.org/news/media-coverage-new-cochrane-review-hpv-vaccine-cervical-cancer-prevention-girls-and-women>
- Gee J, Weinbaum C, Sukumaran L et al. (2016). Quadrivalent HPV vaccine safety review and safety monitoring plans for nine-valent HPV vaccine in the United States. Human vaccines & immunotherapeutics; 12(6):1406–1417.
- GLOBOCAN (2018). Cervical cancer database.
- Haruna-Aku, O. (2014). CCS & PT Partnership, Nigeria. Dar-es-Salaam: Planned Parenthood Federation of Nigeria.
- Ibeme, P. (2014). Accelerating Access to sexual and reproductive health. Dar-es-Salaam: Reproductive Health Uganda.
- IARC (2003). A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Technical publication No. 41.
- Instituto Nacional del Cáncer and Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2016). Manual para la implementación del test de VPH en el contexto programático. Buenos Aires: INC, pp. 13-141.
- IPPF (2016). IMAP statement on preventing cervical cancer. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-12/imap_cervical%20cancer_WEB.pdf
- IPPF (2017). Cervical cancer scale-up fund: Documentation of the experience and most significant changes.
- IPPF (2017). Gender equality strategy and implementation plan: Placing gender equality at the heart of implementing IPPF's strategic framework., pp. 4-26.
- IPPF Africa Region (2017). Integrating cervical cancer screening and preventive therapy with other reproductive health services: An entry point to a wider range of services offering., pp. 1-7.
- IPPF Africa Region (2017). Performance-based practice funding in the cervical cancer screening and preventive therapy program., pp. 1-7.
- IPPF Africa Region (2017). Strengthening referral systems for improve cervical cancer prevention outcomes., pp. 1- 7.

- IPPF Africa Region (2017). The single visit approach: A practical and effective approach to cervical cancer prevention: Lesson learned from our work in Kenya, Nigeria, Tanzania and Uganda., pp. 1-8.
- IPPF South Asia Region. (2014). Training manual on integrated counselling: Sexual and reproductive health for all. TARSHI, pp. 10-175.
- Jeronimo, J., Bansil, P., Lim, J., Peck, R., Paul, P., Amador, J., Asthana, S., Mirembe, F., Byamugisha, J., Poli, U., Satyanarayana, L. Asthana, S and the START-UP Study Group (2014). A multicounty evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24 (3), pp. 576-585.
- Kitchener, H., Deton, K., Soldan, K. and Crosbie, E. (2013). Developing role of HPV in cervical cancer prevention. *UK: BJM*, pp. 1-7.
- Lady Ganga (2018). A global movement to eliminate cervical cancer, [Sitio web]. Disponible en: <https://www.ladyganga.org> [Fecha de acceso 6 de mayo. 2018].
- Lorenzi, A., Fregnani, J., Possati-Resende, J., Neto, C., Villa, L. and Longatto-Filho, A. (2013). Self-collection for high-risk HPV detection in Brazilian women using the careHPV™ test. *Gynecologic oncology*, 131(1), pp. 131-134.
- Maza, M., Schocken, C., Bergman, K., Randal, T. and Cremer, M. (2016). Cervical precancer treatment in low- and middle-income countries: A technology overview. *Journal of Global Oncology*, 3 (4), pp. 400-408.
- Marie Stopes International, IPPF, Population Services International (2012). Training manual on VIA and cryotherapy (Publicación interna).
- Mosavel, M. and Wilson-Genderson, M. (2013). From Adolescent Daughter to Mother: Exploring Message Design Strategies for Breast and Cervical Cancer Prevention and Screening. *NIH*, (28) 3, pp.1-12.
- Ngou, J., Magooa, M., Gilham, C., Djigma, F., Didelot, M., Kelly, H., Yonli, A., Sawadodo, B., Delany-Moretlwe, S. y Mayaud, P. (2013). Comparison of care HPV and hybrid capture 2 assays for detection of high-risk human papillomavirus DNA in cervical samples from HIV-1-infected African women. *Journal of clinical microbiology*, 51(12), pp. 4240-4242.
- Ochieno, S. (fecha no disponible). Arrangement of the trainings. Kampala: Reproductive Health Uganda.
- PAHO, OMS y Center for Disease Control and Prevention (2016). Integrating HVP testing in cervical cancer screening program: A manual for program managers. Washington: PAHO, pp. 1-53.
- PAHO. y OMS (fecha no disponible). HVP testing for cervical cancer prevention. PAHO/OMS, pp.1-4.
- PATH (2012). RHO cervical cancer, [Sitio web]. Disponible en: <http://www.rho.org/multimedia.htm> [Fecha de acceso 6 de mayo. 2018].
- Program for Appropriate Technology in Health (2015). Cryotherapy market dynamics: Assessment and recommendations. Seattle: PATH, pp. 1-2.
- Program for Appropriate Technology in Health (2015). Preventing cervical cancer through better guidelines in Guatemala. Washington: PATH, pp. 1-4.
- Program for Appropriate Technology in Health (2015). Scale-up Project for cervical cancer prevention. Seattle: PATH, pp. 1-2.
- Program for Appropriate Technology in Health (2018). Evaluation scenarios for scaling up treatment of cervical precancer. Seattle: PATH, pp. 1-2.
- Saslow, D. (2014). HPV test: The key to universal screening for cervical cancer? *Cervical cancer ACTION*, pp.1-56.
- Sellors, J. y Sankaranarayanan, R. (2003). Colposcopy and treatment in cervical intraepithelial Neoplasia: A beginner's manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer, pp. 1-138.
- Selvaggio, M., Akiy, Z., Omolo, S., Eale, K. y Crosier, P. (2016). Cervical cancer screening and preventive treatment (CCS&PT) results verification Yr 2. IPPF. Khulisa, pp. 1-85.
- The Gavi Alliance (2016). HPV vaccine, lessons learned and new ways forward. Ginebra: Gavi, pp. 1-22.
- Tsu, V. y Jeronimo, J. (2016). Saving the world's women from cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 375 (26), pp. 2509-2511
- UNFPA (2012). Comprehensive cervical cancer prevention and control: Program guidance for countries., pp.1-20.
- UNIFEM (2007). Preventing cervical cancer: The imperative of woman's right to health. Brussels: UNIFEM, pp. 1-14

- Viviano, M., Kenfack, B., Catarino, R., Tincho, E., Temogne, L., Benski, A., Tebeau, P., Meyer-Hamme, U., Vassilakos, P. y Petignat, P., Tebeau, P. (2017). Feasibility of thermocoagulation in a screen-and-treat approach for the treatment of cervical precancerous lesion in sub-Saharan Africa. *BMC Woman's Health*, 17 (1), pp. 1-8.
- White HL et al. (2017). Integrating cervical cancer screening and preventive treatment with family planning and HIV- related services. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Jul;138 Suppl 1:41-46. doi: 10.1002/ijgo.12194.
- OMS (2006). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice (C4GEP). Ginebra: OMS.
- OMS (2008). Integrated Health Services - What and Why? Technical Brief No.1. [Online] Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
- OMS. (2011). Use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Ginebra: OMS, pp. 1-38.
- OMS (2012). Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy. A demonstration project in six African countries: (Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia, Ginebra, Switzerland : World Health Organization.
- OMS (2013). Comprehensive cervical cancer prevention and control - a healthier future for girls and women. OMS guidance note. Ginebra: OMS.
- OMS (2013). Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes: Quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Ginebra: OMS/PAHO, pp. 1-31.
- OMS (2013). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Ginebra: WHO.
- OMS (2014). Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice, 2nd edition. Ginebra: OMS, pp. 1-408.
- OMS (2018). Sexual and reproductive health, [Sitio web]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/> [Fecha de acceso 6 de mayo. 2018].
- OMS y PAHO (2013). Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes. Ginebra: OMS, pp. 1-41.
- Wittet, S. (2016). Cervical cancer prevention initiative: Investing in cervical cancer prevention 2015-2020. PATH, pp. 1-7.
- Wittet, S., Basu, P. y Broutet, N. (fecha no disponible). Implementation OMS cervical cancer program guidance in your country. Cervical cancer ACTION, pp. 1-3.

REFERENCIAS

¹OMS (fecha no disponible). Cáncer cervical. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>

²OMS (2014). Comprehensive cervical cancer: A guide to essential practice. 2nd ed. Ginebra: OMS, pp. 1-392. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/?sequence=1>

³Ibid

⁴Ibid

⁵Gee J, Weinbaum C, Sukumaran L et al. (2016). Quadrivalent HPV vaccine safety review and safety monitoring plans for nine-valent HPV vaccine in the United States. *Human vaccines & immunotherapeutics*;12(6):1406–1417.

⁶Global Advisory Committee on Vaccinations Safety statements No. 28/29, 2007, pp. 245–260.; No. 5, 2009, pp. 37–40; No. 32, 2009, pp. 325–332; No. 29, 2013, pp. 301–312; No. 7, 2014, pp. 53–60; No. 3, 2016, pp. 21–32.

⁷Kitchener, H., Deton, K., Soldan, K. y Crosbie, E. (2013). Developing role of HPV in cervical cancer prevention. UK: BJM, pp. 1-7.

⁸Safety update of HPV vaccines. Extract from report of GACVS meeting of 7-8 June 2017, published in the OMS Weekly Epidemiological Record of 14 July 2017

⁹OMS (fecha no disponible). Human papillomavirus (HPV). Disponible en: <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>

¹⁰Ibid

¹¹Kitchener, H., Deton, K., Soldan, K. y Crosbie, E. (2013). Developing role of HPV in cervical cancer prevention. UK: BJM, pp. 1-7.

¹²Ibid

¹³Ibid

¹⁴Safety update of HPV vaccines. Extract from report of GACVS meeting of 7-8 June 2017, published in the OMS Weekly Epidemiological Record of 14 July 2017

¹⁵Adaptación a partir de: OMS (2014). Comprehensive cervical cancer: A guide to essential practice. 2nd ed. Ginebra: WHO, pp. 1- 392; PAHO, OMS y Center for Disease Control and Prevention (2016).

Integrating HVP testing in cervical cancer screening program: A manual for program managers. Washington: PAHO, pp. 1- 53; IARC (2003). A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Technical publication No. 41; Marie Stopes International, IPPF, Population Services International (2012). Training manual on VIA and cryotherapy (Publicación interna).

¹⁶Percentages calculated from information provided in various articles, including "Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. Int J Gynaecol Obstet 2005;89(Suppl. 2):S4-S12".

¹⁷Jeronimo, J., Bansil, P., Lim, J., Peck, R., Paul, P., Amador, J., Asthana, S., Mirembe, F., Byamugisha, J., Poli, U., Satyanarayana, L. Asthana, S y the START-UP Study Group (2014). A multicounty evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. International Journal of Gynecological Cancer, 24 (3), pp. 576-585.

¹⁸Sources include: OMS (2013). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Ginebra: OMS; IPPF (2016). IMAP statement on preventing cervical cancer. Disponible en: https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-12/imap_cervical%20cancer_WEB.pdf; Jeronimo, J., Bansil, P., Lim, J., Peck, R., Paul, P., Amador, J., Asthana, S., Mirembe, F., Byamugisha, J., Poli, U., Satyanarayana, L. Asthana, S and the START-UP Study Group (2014). A multicounty evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. International Journal of Gynecological Cancer, 24 (3), pp. 576-585; Arrossi, S. (2008). Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención del cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Buenos Aires: PAHO/OMS, pp. 1 153.

¹⁹Adaptación a partir de: OMS (2014). Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice, 2nd edition. Ginebra: OMS, pp. 1-408; Maza, M., Schocken, C., Bergman, K., Randal, T. y Cremer, M. (2016). Cervical precancer treatment in low- and middle-income countries: A technology overview. Journal of Global Oncology, 3 (4), pp. 400-408; Viviano, M., Kenfack, B., Catarino, R., Tincho, E., Temogne, L., Benski, A., Tebeau, P., Meyer-Hamme, U., Vassilakos, P. y Petignat, P., Tebeau, P. (2017). Feasibility of thermocoagulation in a screen-and-treat approach for the treatment of cervical precancerous lesion in sub-Saharan Africa. BMC Woman's Health, 17 (1), pp. 1-8.

²⁰IPPF Africa Region (2017). The single visit approach: A practical and effective approach to cervical cancer prevention: Lesson learned from our work in Kenya, Nigeria, Tanzania and Uganda., pp. 1-8.

²¹OMS (2012).

Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy. A demonstration project in six African countries: (Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zamb, Ginebra, Switzerland : World Health Organization.

²²PAHO, OMS and Center for Disease Control and Prevention (2016). Integrating HVP testing in cervical cancer screening program: A manual for program managers. Washington: PAHO, pp. 1-53.

²³Adaptación a partir de: Ibid; and Alliance for Cervical Cancer Prevention. (2004). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes. ACCP, pp. 3-246.

²⁴Adaptación a partir de: OMS (2013). OMS guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Ginebra: OMS.

²⁵Jeronimo, J., Bansil, P., Lim, J., Peck, R., Paul, P., Amador, J., Asthana, S., Mirembe, F., Byamugisha, J., Poli, U., Satyanarayana, L. Asthana, S y The START-UP Study Group. (2014). A multicounty evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. International Journal of Gynecological Cancer, 24 (3), pp. 576-585.

²⁶Adaptación a partir de: PAHO, OMS y Center for Disease Control and Prevention (2016). Integrating HVP testing in cervical cancer screening program: A manual for program managers. Washington: PAHO, pp. 1-53; OMS. (2011). Use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Ginebra: OMS, pp. 1-38; Alliance for Cervical Cancer Prevention (2004). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes. ACCP, pp. 3-246; Sellors, J. and Sankaranarayanan, R. (2003). Colposcopy and treatment in cervical intraepithelial Neoplasia: A beginner's manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer, pp. 1-138

²⁷OMS (2008). Integrated Health Services - What and Why? Technical Brief No.1. [Online] Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf

²⁸White HL et al (2017). Integrating cervical cancer screening and preventive treatment with family planning and HIV-related services. Int J Gynaecol Obstet. 2017 Jul;138 Suppl 1:41-46. doi: 10.1002/ijgo.12194.

²⁹IPPF Africa Region (2017). Integrating cervical cancer screening and preventive therapy with other reproductive health services: An entry point to a wider range of services offering., pp. 1-7.

³⁰Alliance for Cervical Cancer Prevention (2004). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes. ACCP, pp. 3-246.

³¹PAHO, OMS and Center for Disease Control and Prevention (2016). Integrating HVP testing in cervical cancer screening program: A manual for program managers. Washington: PAHO, pp. 1-53

³²Adaptación a partir de: Marie Stopes International, IPPF, Population Services International (2012). Training manual on VIA and cryotherapy (Publicación interna); Sellors, J. and Sankaranarayanan, R. (2003). Colposcopy and treatment in cervical intraepithelial Neoplasia: A beginner's manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer, pp. 1-138; PAHO, OMS y Center for Disease Control and Prevention. Integrating HVP testing in cervical cancer screening program: A manual for program managers (2016).

Washington: PAHO, pp. 1-53; IARC (2003). A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Technical publication No. 41.

³³IPPF/RHO (2009). Handbook for advocacy planning. Nueva York: IPPF/RHO.



IPPF 2018

www.ippf.org

