

Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia

INFORME DEL TALLER DE LA OPS PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Ciudad de Guatemala

1 y 2 de junio del 2011

Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia

INFORME DEL TALLER DE LA OPS PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Ciudad de Guatemala

1 y 2 de junio del 2011

Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Informe del Taller de la OPS para América Latina y el Caribe. Ciudad de Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011
Washington, D.C.: OPS, © 2011

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2011

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Citación sugerida: Organización Panamericana de la Salud. Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Informe del Taller de la OPS para América Latina y el Caribe. Ciudad de Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011. Washington, D.C.: OPS; 2011.

AGRADECIMIENTOS

La organización del “*Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia*” desea expresar su agradecimiento al Ministerio de Salud de Guatemala por la estrecha colaboración brindada como país anfitrión para la celebración del encuentro. El personal de la Organización Panamericana de la Salud en Guatemala merece una especial mención por su trabajo y dedicación en la organización de la reunión.

La organización también desea reconocer la dedicación y el esfuerzo de los ponentes y representantes de diversas organizaciones internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Jhpiego, PATH, Basic Health International, IPPF y Grounds for Health.

Finalmente esta reunión ha sido posible gracias la colaboración y el entusiasmo de los representantes de los 11 países participantes de América Latina y el Caribe. Su esfuerzo y motivación para mejorar los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino introduciendo nuevas tecnologías justifican el contenido del presente informe y señalan una oportunidad de cambio y de impacto positivo sobre la salud de las mujeres de la región.



ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	1
ABREVIATURAS	2
RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN	5
Antecedentes	5
Propósito	6
Objetivos	6
Participantes	6
Trabajo preparatorio	7
CONTENIDOS	8
Agenda y programación	8
Inauguración de la reunión	8
Introducción a la reunión	9
-Tamizaje del cáncer cervicouterino basado en IVAA y crioterapia. Objetivos y resultados esperados del taller. Dra. Macarena Pérez Castells, OPS, Washington DC	9
-Abordaje integral de la prevención del cáncer cervicouterino. Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dra. Nathalie Broutet, OMS, Ginebra.	12
-Preguntas y respuestas	14
Experiencias de los países de la región	15
-Experiencias en el uso de IVAA y crioterapia en Guatemala. Dr. Erick Álvarez, Responsable del Componente de Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.	15
-El cáncer de cuello uterino en Bolivia. Dra. Lizeth Soraide, Responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.	16
-IVAA y crioterapia, la experiencia en Guyana. Dr. Narine Signh, Director de los Servicios Regionales de Salud, Ministerio de Salud, Guyana.	18
-Preguntas y respuestas	20
Capacitación	21
-Visión general y retos de la capacitación en IVAA y crioterapia. Dr. Jose Jerónimo, Salud Reproductiva, PATH.	21
-Abordajes y metodologías para la capacitación: experiencias en Guatemala. Dr. Erick Álvarez, Responsable del Componente de Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.	22

-Metodología para la capacitación. Cómo poner en marcha las habilidades adquiridas en los cursos. Dr. Carlos Santos Ortiz. INEN, Lima, Perú.	23
-Enfoque basado en la competencia para capacitación en IVAA y crioterapia. Dra. Veronica Reiss, Asesora Salud Sexual y Reproductiva, Jhpiego.	25
-Discusión: Lecciones aprendidas y cuestiones de interés acerca de la capacitación.....	27
Promoción de la salud y estrategias para captar a las mujeres en edad de riesgo	29
-Movilizando a la comunidad a través de las cooperativas cafeteras en comunidades que producen café: superando las barreras de acceso a programas de prevención del cáncer cervicouterino. Dra. August Burns, Directora Ejecutiva de Cultivando la Salud.....	29
-Promoción de la salud, papel de los promotores de salud en los programas basados en IVAA. Lic. Haydee Padilla, OPS/OMS Bolivia	31
Resultado de las encuestas	32
-Resultados de las encuestas preparatorias al Taller. Dra. Elisa Prieto Lara, OPS, Washington DC	32
-Preguntas y respuestas	33
Monitorización y evaluación	34
-Visión general y retos para la monitorización y evaluación en IVAA y crioterapia. Dr. Mauricio Maza, Director Médico Basic Health International	34
-Seguimiento y evaluación de competencias y capacitación profesional. Dr. Manuel Álvarez Larraondo, INEN, Perú ..	36
-Fortalecimiento de la vigilancia y evaluación en IVAA y crioterapia. Sharon Kibwana, Oficial de programa, prevención del cáncer cervicouterino, Jhpiego	37
-La experiencia de Nicaragua. Lic Ana Cecilia Silva Ramírez. Coordinadora, Componente de cáncer, Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención, Ministerio de Salud, Nicaragua	40
-La experiencia de Suriname. Dr. Antoon Grünberg, Ministerio de Salud de Suriname	42
Discusión: Lecciones aprendidas y cuestiones de interés acerca de la monitorización y evaluación	43
Control de calidad	44
Discusión en sesión plenaria sobre próximos pasos.....	45
RESULTADOS.....	49
CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1	Participantes del Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia
Tabla 2	Puntos del Plan de Acción de la Estrategia Regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.
Tabla 3	Ventajas y limitaciones de la inspección visual con ácido acético (IVAA) como prueba de tamizaje.
Tabla 4	Expectativas para el Taller de los países participantes según los resultados de las encuestas preparatorias.
Tabla 5	Marco de seguimiento y evaluación propuesto por la Alianza para la prevención del cáncer (ACCP).
Tabla 6	Pasos contemplados en la lista de verificación de habilidades clínicas y de orientación de IVAA y la crioterapia.
Tabla 7	Propuesta del INEN acerca de los requisitos que debe reunir un proveedor para alcanzar el nivel de competencia en IVAA y crioterapia.
Tabla 8	Ejemplos de metas objetivos e indicadores clave para la monitorización y evaluación.
Tabla 9	Indicadores para la monitorización y evaluación de los servicios de IVAA y crioterapia en los SILAIS, Nicaragua.
Tabla 10	Comparación de los resultados del Programa Nacional de Citología de Suriname (1998-2001) y del estudio de “Ver y tratar” en Nickerie y Sipaliwini.
Figura 1	Comparación con otras formas de cáncer: número de muertes en mujeres de 25 a 64 años.
Figura 2	Mapa de ubicación de proveedores capacitados en IVAA y la estrategia “ver y tratar” y disponibilidad de equipos de crioterapia según departamentos en Bolivia.
Figura 3	Mortalidad materna y por cáncer cervicouterino en Centroamérica y América del Sur, 2008.
Figura 4	Pirámides de prevención del cáncer cervicouterino y educación del personal prestador de servicios.
Figura 5	Recursos humanos esenciales para la prevención del cáncer del cuello uterino.
Figura 6	Modelo de colaboración de Cultivando la Salud.
Figura 7	Ubicación de la estrategia “ver y tratar” en Nicaragua.

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
VPH	Virus del Papiloma Humano
ENT	Enfermedades no Trasmisibles
LEEP	Escisión electroquirúrgica con asa
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
INEN	Instituto de Enfermedades Neoplásicas
GCCPTP	Guyana Cervical Cancer Prevention and Control Program (Programa de prevención y tratamiento del cancer cervicouterino en Guyana)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
NOC	National Oversight Committee (Comité Nacional de Seguimiento)
SBM-R	Standard-based Managment and Recognition (Sistema estandarizado de gestión y reconocimiento)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agencia Internacional de Investigación en Cáncer)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centro para el control y la prevención de enfermedades)
ACCP	Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
UICC	Union for International Cancer Control (Unión Internacional de Lucha contra el Cáncer)
CD4	Cúmulo de diferenciación 4
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
PINCC	Prevention International: No Cervical Cancer (Prevención Internacional: No al cáncer cervicouterino)

RESUMEN EJECUTIVO

Aunque en muchos países de América Latina y el Caribe se utiliza la citología como técnica de tamizaje desde hace más de 30 años, el cáncer cervicouterino sigue siendo el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, en mujeres de todas las edades, con unos 67.801 nuevos casos y 31.467 muertes cada año. En este contexto, la disponibilidad de abordajes alternativos, tales como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y el tratamiento de las lesiones precancerosas con crioterapia, ofrecen nuevas oportunidades para mejorar el impacto de los esfuerzos de prevención.

La IVAA consiste en examinar el cuello uterino a simple vista con una luz brillante, tras la aplicación de ácido acético diluido al 3%-5%, de forma que el tejido cervicouterino anómalo se torna transitoriamente de color blanquecino, permitiendo al proveedor saber si el resultado es positivo. Se trata de una prueba efectiva y sencilla, que puede ser realizada por personal sanitario de nivel medio tras un período de capacitación relativamente corto. La gran ventaja de la IVAA es la inmediatez de los resultados que hacen posible la estrategia “ver y tratar”, por la que se administra crioterapia a las mujeres positivas con lesiones elegibles en la misma sesión en la que se realiza el tamizaje.

A pesar de sus ventajas, la IVAA presenta también limitaciones, como la variabilidad en su rendimiento, al ser una prueba subjetiva dependiente de la precisión de la interpretación individual. Por ello, tal y como ocurre con otras pruebas de tamizaje, el entrenamiento y la supervisión de los proveedores, el control de la calidad, la evaluación y monitorización son aspectos de vital importancia.

En los últimos años y ante la necesidad de mejorar el impacto de los programas de cáncer cervicouterino, el tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia están siendo introducidos por diversos países de ALC, y son varias las organizaciones internacionales que proporcionan asistencia técnica al respecto. La creciente experiencia con estas técnicas hace que sean muchas las lecciones aprendidas sobre los elementos necesarios para la capacitación, el control de la calidad y las actividades de evaluación y monitorización.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó en colaboración con el Ministerio de Salud de Guatemala, un taller titulado “*Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia*”, celebrado en Ciudad de Guatemala los días 1 y 2 de junio del 2011. El encuentro brindó una oportunidad para compartir experiencias y establecer la mejor forma de garantizar la calidad y los estándares para la realización de la IVAA y el tratamiento con crioterapia; contando con la participación de un total de 45 representantes de 11 países de ALC y de 8 organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones socias.

La reunión tuvo una duración de dos días, desarrollándose en torno a mesas redondas sobre los siguientes temas centrales: experiencias de los países de la región en el uso de IVAA y de la estrategia “ver y tratar”; capacitación y supervisión de los proveedores; y monitorización y evaluación de ambos abordajes en el contexto de los programas de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Las presentaciones de cada mesa redonda se siguieron de un espacio para la formulación de preguntas y respuestas y dieron lugar a una discusión en plenario acerca de las cuestiones más relevantes y las lecciones aprendidas sobre la temática expuesta. Además de las mesas redondas, el taller contó con una sesión sobre promoción de la salud y estrategias para la captación de las mujeres en edad de riesgo y un espacio para la presentación de los resultados preliminares de las encuestas preparatorias. Asimismo, los participantes tuvieron la oportunidad de discutir la propuesta de la OMS para la estandarización del control y la garantía de calidad en el uso de la IVAA, ofreciendo enriquecedores comentarios

al borrador presentado. El taller concluyó con una sesión plenaria en la que se discutió cómo armonizar abordajes en base a las experiencias compartidas y a los recursos ya existentes, definiéndose los próximos pasos para el fortalecimiento del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia en la región.

En conclusión, a lo largo del taller se puso de manifiesto que la evidencia científica a favor de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” es clara y está bien establecida, siendo factible su implementación en los programas de salud pública, tal y como muestran las experiencias exitosas de los países de la región. Además los participantes con menor recorrido en el uso de estas técnicas demostraron gran interés, motivación y entusiasmo por incorporarlas a sus programas de prevención del cáncer cervicouterino. Por otra parte, se evidenció la disponibilidad de numerosos materiales y herramientas validados que pueden servir como punto de partida para la estandarización a nivel regional y el establecimiento de los requerimientos mínimos deseables para los componentes esenciales de capacitación, supervisión, control de calidad, monitorización y evaluación. Todo esto nos hace pensar que la región se encuentra en un momento óptimo para expandir el uso de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” y de esta forma mejorar la efectividad e impacto de los esfuerzos de prevención de los programas de salud pública.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El cáncer cervicouterino es el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, en mujeres de todas las edades de América Latina y el Caribe (ALC). Actualmente se estima que 67.801 mujeres son diagnosticadas de cáncer cervicouterino cada año en ALC, registrándose 31.467 fallecimientos como consecuencia de esta enfermedad. Las tasas de incidencia ajustadas por edad más altas se registran en Jamaica, Guyana, Nicaragua, Honduras y El Salvador; y las más bajas en Chile, Trinidad y Tobago, Uruguay y Costa Rica¹ (*Anexo 1*).

Esta elevada carga de la enfermedad en ALC representa un problema de salud pública de primer orden, que resultaría evitable a través de estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, unidas a un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico de los casos. A pesar de que en muchos países de ALC se utiliza la citología como técnica de tamizaje desde hace más de 30 años, no se ha logrado una reducción de la incidencia y la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados. Este fracaso de los programas de prevención puede explicarse no sólo por las limitaciones de la citología, sino también por la organización de los servicios sanitarios así como por factores socioculturales. En este contexto, la disponibilidad de abordajes alternativos, tales como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y el tratamiento de las lesiones precancerosas con crioterapia, ofrecen nuevas oportunidades para mejorar el impacto de los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino, especialmente en entornos con recursos limitados.

La IVAA consiste en examinar el cuello uterino a simple vista con una luz brillante, tras la aplicación de ácido acético diluido al 3%-5%. El tejido cervicouterino anómalo que entra en contacto con la solución diluida de ácido acético, se torna transitoriamente de color blanquecino (“acetoblanco”), permitiendo al proveedor saber si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad). Se trata de una prueba efectiva, respaldada por un amplio cuerpo

de evidencia científica, sencilla, factible y asequible, que puede ser realizada por personal sanitario de nivel medio tras un período de capacitación relativamente corto. Las exigencias en infraestructura son mínimas y los fungibles necesarios están al alcance de todos los ámbitos. La gran ventaja de la IVAA es que los resultados del examen son inmediatos y permiten aplicar la estrategia “ver y tratar”, consistente en dar crioterapia a las mujeres positivas con lesiones elegibles en la misma sesión en la que se realiza el tamizaje².

A pesar de sus ventajas, la IVAA presenta también limitaciones, como la variabilidad en su rendimiento, al ser una prueba subjetiva dependiente de la precisión de la interpretación individual. Por ello, tal y como ocurre con otras pruebas de tamizaje, el entrenamiento y la supervisión de los proveedores, el control de la calidad, la evaluación y monitorización son aspectos de vital importancia para los programas de cáncer cervicouterino que utilicen estos métodos.

En los últimos años y ante la necesidad de mejorar el impacto de los programas de cáncer cervicouterino, el tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia están siendo introducidos por diversos países de ALC, y son varias las organizaciones internacionales que proporcionan asistencia técnica al respecto. La creciente experiencia con estas técnicas hace que sean muchas las lecciones aprendidas sobre los elementos necesarios para la capacitación, el control de la calidad y las actividades de evaluación y monitorización. Este bagaje puede servir de apoyo a otros países de la región interesados en introducir la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en sus programas de salud pública.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó en colaboración con el Ministerio de Salud de Guatemala, un taller titulado “*Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia*”, celebrado en Ciudad de Guatemala los días 1 y 2 de junio del 2011 (*Anexo 2*). Este taller se enmarca dentro de las actividades para la implementación de la *Estrategia*

*Regional y Plan de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino*³, dando continuidad a la reunión para América Latina sobre nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino celebrada en Panamá en junio del 2010⁴. El encuentro brindó una oportunidad para compartir experiencias y establecer la mejor forma de garantizar la calidad y los estándares para la realización de la IVAA y el tratamiento con crioterapia. El presente informe recoge la estructura, los contenidos y los resultados del taller, así como las principales conclusiones y compromisos adquiridos por los participantes.

Propósito

El propósito de este taller fue discutir las experiencias y las lecciones aprendidas por países de ALC y organizaciones socias en relación a la utilización del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia; así como compartir materiales y armonizar abordajes para la capacitación, la garantía de la calidad, la monitorización y la supervisión en el contexto de los programas de cáncer cervicouterino.

Objetivos

- Revisar la evidencia científica disponible sobre prevención del cáncer cervicouterino mediante el tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia, así como la estrategia de “ver y tratar” en el nivel primario de atención.
- Mostrar experiencias llevadas a cabo en países de América Latina y el Caribe en relación a la aplicación práctica de la IVAA y crioterapia en programas de salud pública.
- Discutir métodos y estándares para la capacitación de proveedores de tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia, con el objetivo de homogeneizar estrategias.
- Discutir indicadores y estrategias para el control de la calidad del tamizaje con IVAA, incluyendo la supervisión continuada.
- Discutir la monitorización y la evaluación de la IVAA

y la crioterapia como parte de los programas de prevención de cáncer cervicouterino.

Participantes

En el taller participaron un total de 45 representantes de 11 países de ALC y de 8 organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones socias (*Tabla 1*). La audiencia principal del encuentro estuvo constituida por:

- Los gerentes de los programas de cáncer cervicouterino de los Ministerios de Salud de aquellos países en los que la IVAA y la crioterapia están siendo utilizadas en los programas de salud pública o en los que se está considerando activamente su introducción en un futuro próximo;
- Profesionales de la salud/clínicos que están liderando, junto a los gerentes de programa, la utilización de IVAA y crioterapia.
- Organizaciones internacionales involucradas en la provisión de asistencia técnica para apoyar este proceso.

La lista completa de participantes se muestra en el *Anexo 3*.

Tabla 1. Participantes del Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia

PAÍSES	
Bolivia	Nicaragua
Colombia	Paraguay
El Salvador	Perú
Guatemala	República Dominicana
Guyana	Suriname
Honduras	
ORGANIZACIONES	
Basic Health International	
Grounds for Health	
International Planned Parenthood Federation (IPPF)	
JHPIEGO	
PATH	
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	
Organización Mundial de la Salud (OMS)	
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	

Trabajo preparatorio

Con antelación a la reunión, se creó un *SharePoint site* en la intranet de la OPS, a través del cual se difundieron la agenda de la reunión, documentos relevantes sobre la IVAA y la estrategia “ver y tratar” y enlaces de interés. También se hicieron disponibles a través del *SharePoint* las presentaciones de los ponentes así como materiales y herramientas desarrollados por las organizaciones socias sobre los componentes de capacitación, control de calidad, monitorización y evaluación. Finalmente, como trabajo preparatorio para el taller, se solicitó a los participantes que completaran una encuesta sobre la experiencia con estas estrategias para la prevención del cáncer cervicouterino (*Anexo 4*).

A través de la encuesta se exploraron cuáles son los retos y las oportunidades que ofrecen estas técnicas así como las expectativas de cada país en relación al taller; y se recogió información sobre IVAA y la estrategia “ver y tratar” de acuerdo a las siguientes secciones: a) regulación y normativa; b) actividad asistencial; c) recursos humanos y capacitación; d) recursos materiales; e) control de calidad, evaluación y monitorización; y f) asistencia y cooperación técnica. Los resultados de la encuesta fueron presentados durante el taller y serán publicados en un informe.



Imagen de los participantes del Taller durante una sesión de trabajo.

CONTENIDOS

Agenda y programación

La reunión tuvo una duración de dos días, desarrollándose en torno a mesas redondas sobre los siguientes temas centrales: experiencias de los países de la región en el uso de IVAA y de la estrategia “ver y tratar”; capacitación y supervisión de los proveedores; y monitorización y evaluación de ambos abordajes en el contexto de los programas de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Las presentaciones de cada mesa redonda se siguieron de un espacio para la formulación de preguntas y respuestas y dieron lugar a una discusión en plenario acerca de las cuestiones más relevantes y las lecciones aprendidas sobre la temática expuesta.

Además de las mesas redondas, el taller contó con una sesión sobre promoción de la salud y estrategias para la captación de las mujeres en edad de riesgo y un espacio para la presentación de los resultados preliminares de las encuestas preparatorias. Asimismo, los participantes tuvieron la oportunidad de discutir la propuesta de la OMS para la estandarización del control y la garantía de calidad en el uso de la IVAA, ofreciendo enriquecedores comentarios al borrador presentado.

El taller concluyó con una sesión plenaria en la que se discutió cómo armonizar abordajes en base a las experiencias compartidas y a los recursos ya existentes, definiéndose los próximos pasos para el fortalecimiento del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia en la región.

La agenda completa de la reunión se muestra en el *Anexo 2*.

Inauguración de la reunión

La inauguración de la reunión subregional fue presidida por la Dra. Silvia Palma, Viceministra de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, que dio la bienvenida a los participantes a la Ciudad de Guatemala, conjuntamente con el Dr. Pier Paolo Balladelli, Representante de OPS/OMS en el país.

Tras la inauguración, se presentó la agenda y la estructura de la reunión y se abrió una ronda de presentaciones de los asistentes al taller.



Acto inaugural del Taller, de izquierda a derecha: Dr. Daniel Frade (OPS/OMS Guatemala); Dra. Macarena Pérez Castells (OPS/WDC); Dr. Pier Paolo Balladelli (Representante OPS/OMS Guatemala); Dra. Miriam Palma (Viceministra de Hospitales, Ministerio Salud Guatemala); Dra. Miriam Bethancourt (Directora Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, Guatemala); y la Dra. Nathalie Broutet (OMS/Ginebra)

Introducción a la reunión

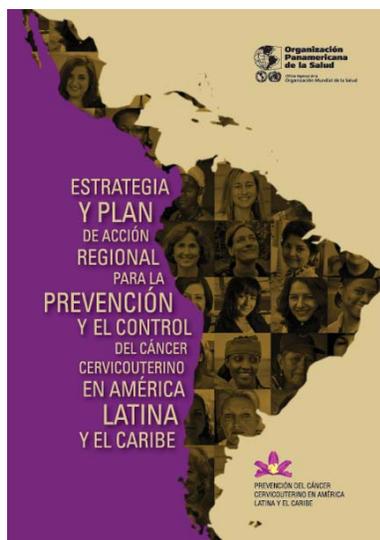


Tamizaje del cáncer cervicouterino basado en IVAA y crioterapia. Objetivos y resultados esperados del taller. Dra. Macarena Pérez Castells, OPS, Washington DC.

La Dra. Macarena Pérez Castells, Asesora Regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en la OPS (Washington D.C.), comenzó su presentación introductoria sobre tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia, revisando la carga de enfermedad del cáncer cervicouterino a nivel global y regional.

Se estima que en las Américas se producen cada año 80.292 nuevos casos y se registran 35.880 fallecimientos a causa de esta enfermedad. El cáncer cervicouterino afecta fundamentalmente a los grupos de mujeres más vulnerables, siendo una enfermedad de grandes inequidades. Según datos de Globocan, el 80% de las muertes registradas por esta causa en el 2002 correspondieron a mujeres que vivían en países en desarrollo. Este porcentaje ascendió a un 88% en 2008 y se prevé que alcance un 98% en el 2030. Nuestra región no escapa a esta realidad, con tasas de mortalidad 7 veces más altas en ALC que en Norteamérica y proyecciones que apuntan a un incremento de esta brecha para el 2025. En efecto, los programas para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en ALC no han tenido un efecto sobre las tasas de incidencia y mortalidad comparable al logrado en los países desarrollados. Entre las razones que explican la falta de impacto de los programas figuran no sólo las limitaciones de la prueba de tamizaje utilizada, la citología, sino también cuestiones relacionadas con la organización de los programas, el acceso y la organización de los servicios de salud, así como factores socioculturales. Sin embargo, existen oportunidades sin

precedentes para la intervención gracias al desarrollo de nuevas tecnologías para la prevención primaria (vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH)) y secundaria (IVAA y test de detección del ADN del VPH). La evidencia científica y la experiencia acumulada en la región en el uso de estas nuevas tecnologías fueron revisadas en una reunión subregional celebrada en Ciudad de Panamá en junio del 2010. Como continuación del trabajo iniciado en dicha reunión, el presente taller se centró en la IVAA y la estrategia de “ver y tratar”.



La *Estrategia Regional y Plan de acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino* desarrollado por la OPS y aprobado en 2008 por los Ministros de Salud de las Américas, constituye el marco para esta actuación, promoviendo un abordaje integral en el que se resalta el fortalecimiento de los programas de detección precoz y tratamiento de las lesiones precancerosas. En concreto, la Estrategia Regional recomienda que, en entornos con recursos insuficientes para

mantener un tamizaje de calidad mediante citología y un seguimiento adecuado de los casos positivos, se considere la incorporación de la estrategia “ver y tratar” (Tabla 2).

Tabla 2. Puntos del Plan de Acción de la Estrategia Regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

PLAN ESTRATÉGICO DE ACCIÓN

Se propone el siguiente plan de acción de 7 puntos para la Estrategia Regional:

1. Evaluar la situación, recopilando información estratégica sobre la que fundamentar las decisiones acerca de si se deben modificar las normas y procedimientos en relación al cáncer cervicouterino y en qué forma. Este análisis puede servir de punto de comparación para observar el efecto del programa.
2. Intensificar la información, educación y orientación, fomentando el conocimiento sobre el VPH y el cáncer cervicouterino, así como la educación sexual, con especial énfasis en los grupos de mujeres más desfavorecidos y vulnerables.
3. Fortalecer los programas de detección y tratamiento de lesiones precancerosas, adaptando la estrategia a los recursos.
4. En entornos con suficientes recursos para mantener el tamizaje mediante citología de calidad con un seguimiento adecuado y oportuno de las mujeres: 1) Mejora de la calidad y consideración de la posibilidad de introducir la prueba del ADN del VPH; 2) el aumento de la cobertura del tamizaje en mujeres de riesgo (mayores de 30 años); y 3) el aumento del porcentaje de mujeres con resultados anormales que reciben un seguimiento oportuno y apropiado.
5. En entornos con recursos insuficientes para mantener un tamizaje de calidad y donde el porcentaje de mujeres con un seguimiento inadecuado sea alto, considerar la incorporación del enfoque de una sola consulta para el tamizaje y el tratamiento, mediante la realización de un examen de detección (IVAA) seguido del tratamiento inmediato de las lesiones precancerosas con crioterapia.
6. Establecer o fortalecer sistemas de información y registros de los casos de cáncer.
7. Mejorar el acceso y la calidad del tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos. La cirugía y la radioterapia son el tratamiento de elección para el cáncer cervicouterino invasor con tasas de curación del 85 al 90% en estadios iniciales. Los cuidados paliativos son un componente integral de los programas, incluyendo el control del dolor, la radioterapia paliativa y el apoyo familiar y psicológico.
8. Generar información para facilitar las decisiones con respecto a la introducción de vacunas contra el VPH.
9. Promover el acceso equitativo y la prevención integral asequible del cáncer cervicouterino.

Esta recomendación de la OPS se sustenta en las numerosas ventajas de la IVAA, entre las que figuran la inmediatez de los resultados, la gran variedad de personal sanitario que puede realizarla, su sencillez y costo asequible, los mínimos requerimientos de infraestructura, la aceptación por parte de las mujeres y la posibilidad de tratar las lesiones elegibles en

una única consulta. Sin embargo, no se trata de una prueba exenta de limitaciones: no debe ser utilizada en mujeres post menopáusicas debido a la regresión de la zona de transformación hacia el canal endocervical; y su carácter subjetivo exige un elevado nivel de entrenamiento y supervisión de los proveedores (Tabla 3).

Tabla 3. Ventajas y limitaciones de la inspección visual con ácido acético (IVAA) como prueba de tamizaje.

Ventajas	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> Resultados inmediatos. Puede realizarla una gran variedad de personal sanitario entrenado en la técnica. Sencilla y barata. Mínimos requerimientos de infraestructura. Sensibilidad similar o mejor que la citología. Posibilidad de “ver y tratar” en una única consulta en centros del primer nivel de atención. La visita única reduce las posibilidades de pérdidas de seguimiento de las mujeres con resultados positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> No es la prueba más adecuada para las mujeres post menopáusicas debido a la regresión de la zona de transformación hacia el canal endocervical. Carácter subjetivo que depende de la interpretación del proveedor, por lo que exige un buen de entrenamiento, supervisión de los proveedores y un adecuado control de la calidad.

En este contexto, y dado el diferente nivel de desarrollo de la IVAA y la estrategia de “ver y tratar” en los países participantes así como la presencia de agencias y organizaciones internacionales y nacionales, el taller ofreció la posibilidad de identificar oportunidades de cooperación e intercambio a lo largo de las dos jornadas de trabajo.

Finalmente, la Dra. Pérez expuso las expectativas sobre el taller expresadas por los países participantes en la encuesta distribuida en preparación a la reunión (Tabla 4).

Tabla 4. Expectativas para el Taller de los países participantes según los resultados de las encuestas preparatoria

Experiencias	Técnica	Programa
<ul style="list-style-type: none"> Conocer las experiencias de otros países. Aprovechar las lecciones aprendidas de otros países. Dar a conocer la experiencia de su país. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar conocimientos sobre IVAA y crioterapia. Ampliar conocimientos sobre la estrategia de “ver y tratar”. Ampliar conocimientos sobre métodos de capacitación, monitoreo y evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer estrategias para implementar un programa basado en IVAA. Conocer estrategias para fortalecer un programa basado en IVAA. Conseguir apoyo técnico. Ofrecer apoyo técnico.



Abordaje integral de la prevención del cáncer cervicouterino. Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dra. Nathalie Broutet, OMS, Ginebra.

La Dra. Nathalie Broutet inició su presentación subrayando la considerable brecha que a menudo existe entre el desarrollo de abordajes innovadores en salud (vacunas, fármacos y estrategias de cuidados) y su disponibilidad a nivel de la comunidad. Este desequilibrio es especialmente evidente en entornos con recursos limitados.

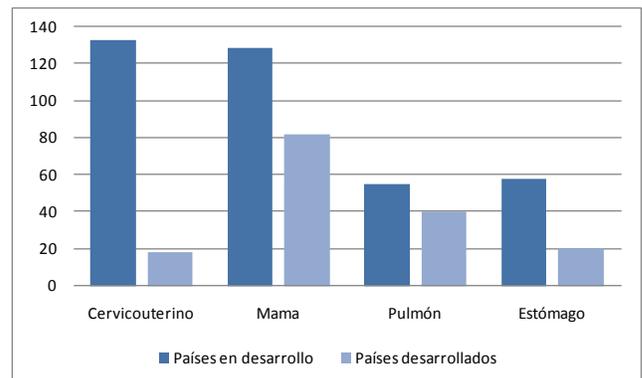
En efecto, las mujeres de los países con ingresos medios y altos viven durante más tiempo y con un mejor nivel de salud, siendo la proporción de muertes prematuras (aquellas registradas en menores de 60 años) por todas las causas desproporcionadamente mayor en los países de ingresos bajos. Por otra parte, la transición epidemiológica que muchos países han experimentado en las últimas décadas, ha supuesto una reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, materno infantiles y nutricionales y un incremento de las muertes por enfermedades crónicas no trasmisibles (ENT).

En este contexto de aumento de la carga de enfermedad por ENT, el cáncer representa una amenaza creciente para la salud pública, especialmente en los países de ingresos medianos y bajos. En respuesta a esta situación epidemiológica, la OMS propone un abordaje integral para el control del cáncer con intervenciones que abarquen desde la prevención y la detección precoz, hasta el diagnóstico y el tratamiento adecuados, incluyendo el acceso a los cuidados paliativos. Este abordaje integral resulta costo-efectivo, permite mejorar la eficiencia de los programas y proporciona una serie de beneficios sociales que lo hacen altamente recomendable.

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer para los que existen mayores posibilidades de prevención. Esto se debe, por una parte, a su larga historia natural, que ofrece múltiples oportunidades para la intervención a lo largo del ciclo de vida de la mujer, pero también a la disponibilidad de herramientas efectivas para la prevención. En efecto, la introducción de las vacunas frente al VPH así como el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas son intervenciones costo-efectivas que están siendo utilizadas con éxito por los países con elevados recursos, pero que también son apropiadas para su uso

a gran escala en países de ingresos medios o bajos. Sin embargo, la mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de entre 25 y 64 años es unas 6 veces más altas en los países en desarrollo en comparación con los países desarrollados, mientras que para otros tipos de cáncer como el de mama o pulmón, estas diferencias no son tan pronunciadas (*Figura 1*).

Figura 1. Comparación con otras formas de cáncer: número de muertes en mujeres de 25 a 64 años.



Fuente: IARC, 2005 (basado en: Yang et al. Int J Cancer. 2004; 109: 418-424 .

En un intento por acortar esta brecha, la *Alianza para la prevención y el control del cáncer (ACCP)* está promoviendo, desde el año 2000, la investigación sobre estrategias alternativas para la prevención del cáncer cervicouterino en países en desarrollo persiguiendo, entre otros objetivos, la reducción del número de visitas para mejorar la adherencia al tratamiento y minimizar las pérdidas de seguimiento. Así, las estrategias de “ver y tratar” se han constituido como un nuevo paradigma centrado en realizar el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas en una única consulta o en dos visitas si se opta por la estrategia de tamizar para después “ver (colposcopia) y tratar” sin esperar a la confirmación histológica.

A continuación, la Dra. Broutet presentó manuales y herramientas de apoyo que la OMS ha desarrollado para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, tales como la serie de 6 módulos para “Control del Cáncer”, el manual para gestores “Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino” desarrollado en colaboración con la ACCP, y la guía de prácticas esenciales “Control Integral del cáncer cervicouterino”. Esta última guía ha sido traducida a los 6 idiomas oficiales de la OMS y adaptada por numerosos países. Entre los mensajes claves que incluye figuran los que se muestran a continuación:

- La educación en salud debe ser una parte esencial del abordaje integral.
- La citología es la prueba recomendada para los programas de tamizaje a gran escala, siempre que existan recursos suficientes. En cuanto a su uso, se recomienda realizar una citología cada 3 años en mujeres de 25 a 45 años y cada 5 años en las mayores de 50; no realizar tamizaje en menores de 25 años; interrumpir el cribado en las mujeres mayores de 65 años si las dos últimas pruebas fueron negativas; y, finalmente, si sólo existe la posibilidad de tamizar a las mujeres una vez en su vida, hacerlo entre los 35 y los 45 años.
- Se recomienda el uso de los métodos de inspección visual seguidos de tratamiento con crioterapia en el contexto de proyectos pilotos o en entornos donde sea posible una monitorización estrecha.
- La prueba de detección del ADN del VPH puede ser utilizada junto a la citología u otra prueba de tamizaje, en aquellos entornos en los que se cuente con recursos suficientes.
- Se deben ofertar las mismas opciones de tamizaje y tratamiento a todas las mujeres con independencia de su estado en relación al VIH.

Desde la publicación de estas recomendaciones en el 2006 hasta la fecha, se ha generado nueva evidencia científica sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino, incluyendo las técnicas de inspección visual, que hacen necesaria la revisión de la guía y sus recomendaciones. Por ello se inició una actualización en 2010, con el propósito de incorporar los siguientes puntos clave:

- La posición de la OMS sobre la introducción de las vacunas frente al VPH publicada en el 2009.
- La nueva evidencia existente acerca de estrategias alternativas de tamizaje, tales como la IVA y la prueba de detección de ADN del VPH que, manteniendo una adecuada sensibilidad y especificidad, contribuyen a superar ciertas barreras estructurales.
- La propuesta de nuevos algoritmos para el tamizaje del cáncer cervicouterino basados en el test de VPH como prueba primaria seguida de triaje con citología o triaje con métodos de inspección visual y tratamiento de lesiones precancerosas.
- Recomendaciones para el futuro tamizaje de las cohortes de niñas vacunadas.
- Recomendaciones para el tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres VIH positivas.

Finalmente, una vez completada la actualización de la guía, el gran reto será transformar la evidencia en recomendaciones y acciones que permitan a los Ministerios de Salud fortalecer sus programas con intervenciones basadas en la evidencia, seleccionando las pruebas de tamizaje y los algoritmos más apropiados e incluso combinando diferentes estrategias dentro del mismo país.

Preguntas y respuestas

En el espacio de preguntas y respuestas abierto tras las intervenciones de la Dra. Macarena Pérez Castells y de la Dra. Nathalie Broutet, se plantearon las siguientes cuestiones:

- » En relación al tratamiento con crioterapia se discutieron dificultades relacionadas con la calidad, la disponibilidad y el mantenimiento de los equipos. Se han identificado importantes diferencias en el precio según países, lo cual puede representar una barrera que limite su acceso. Por otra parte, no resulta fácil contar con un servicio técnico adecuado, siendo necesario en algunos casos enviar el equipo al extranjero para su mantenimiento. En este sentido, la OMS ha desarrollado una guía en la que se recogen las especificaciones técnicas mínimas que deben reunir los equipos de crioterapia y que previsiblemente será publicada a finales del 2011.
- » Acerca de la estrategia “ver y tratar”, se subrayó el gran valor del abordaje en una sola consulta, como mecanismo para minimizar las pérdidas de seguimiento. Sin embargo, son muchos los países que están teniendo dificultades programáticas para garantizar la disponibilidad del equipo de crioterapia en todos los lugares donde se realiza IVAA. En este sentido, la experiencia piloto desarrollada por la OMS en seis países africanos, mostró la conveniencia de concentrar los recursos para el tratamiento con crioterapia en centros de referencia en el segundo nivel de atención ubicados estratégicamente.
- » Se hizo referencia al test de *CareHPV* que está siendo desarrollado como prueba de detección de VPH adaptada para entornos de recursos limitados, con mínimos requerimientos de infraestructura y formación del personal, un precio asequible y resultados que estarán disponibles en pocas horas, haciendo posible el abordaje de “ver y tratar”. Esta prueba aún no ha sido comercializada y sólo se está utilizando en el contexto de proyectos piloto.
- » La OMS ha desarrollado una guía sobre tratamiento con crioterapia que será publicada próximamente. En ella se recomienda que la técnica sea realizada por personal sanitario de cualquier nivel, incluyendo personal de enfermería y matronas, siempre que esté suficientemente capacitado.

Experiencias de los países de la región

A continuación se expusieron experiencias exitosas y lecciones aprendidas sobre la introducción de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en tres países de la región. Este estudio de casos demostró la factibilidad de la incorporación de estos abordajes para la prevención en los programas de cáncer cervicouterino de la región, al tiempo que facilitó la identificación de oportunidades de colaboración entre países.



Experiencias en el uso de IVAA y crioterapia en Guatemala. Dr. Erick Álvarez, Responsable del Componente de Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

El Dr. Erick Álvarez comenzó su presentación con una breve descripción de las características socio demográficas de Guatemala. El país tiene una población de unos 14 millones de habitantes, de los cuáles un 51% son mujeres y un 54% reside en áreas rurales, con un total de 5 millones de mujeres de 25 años o más a riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino.

Guatemala enfrenta el reto de contar con 23 grupos culturales y lenguas diferentes. La pobreza y la inequidad representan dos prioridades para el gobierno del país, con metas claramente definidas en el plan nacional de desarrollo así como en el programa nacional de salud. En cuanto a la situación epidemiológica del cáncer cervicouterino, según estimaciones de Globocan, en el 2008 se registraron 717 muertes en mujeres de 25 años o más. Según los registros de mortalidad, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en el 2007 fue de 11 por 100.000 mujeres a nivel nacional, con grandes diferencias entre departamentos, que oscilaron desde menos de 5 en Ciudad de Guatemala hasta más de 20 en Escuintla y Retalhuleu. Sin embargo es necesario tomar en consideración la existencia de un importante subregistro.

Guatemala cuenta desde 1998 con un Plan Nacional de cáncer cervicouterino basado en citología. A partir del 2002 se introdujo la IVAA en forma de estudios pilotos, destacando los proyectos desarrollados en los departamentos de Escuintla y Zacapa (2004-2005). En el periodo 2004-2008 se realizó un análisis de situación de la capacidad institucional de respuesta frente al cáncer cervicouterino y se puso en marcha un programa de fortalecimiento de los laboratorios de patología además de un programa nacional de capacitación de proveedores. Así, los datos de actividad de los servicios de salud muestran coberturas bajas de tamizaje (8 a 10%) en el periodo 2005-2007. En 2008 se registró un ligero ascenso coincidente con el aumento del uso de

IVAA. El 10 de marzo del 2009 se convocó un Llamado Nacional para el tamizaje con la participación de todos los actores implicados en la prevención y el control del cáncer cervicouterino, en el que se logró una cobertura del 45% mediante la utilización de IVAA y citología. La red de servicios de salud pública proporcionó un 18% de dicha cobertura.

Los grandes problemas identificados a través de este proceso fueron la existencia de bajas coberturas en áreas rurales y urbanas marginales; el elevado número de resultados falsos negativos asociados a la citología; la deficiente calidad de la evaluación colposcópica; la inexactitud de los diagnósticos histopatológicos; y la falta de seguimiento de las pacientes con resultados anormales. Además, se detectó un mantenimiento inadecuado de la capacidad instalada en el país tanto para el diagnóstico (supervisión y formación continuada de los proveedores de servicios, mantenimiento de equipos y de laboratorios de citología y patología) como para el tratamiento de las lesiones precancerosas (colposcopia, crioterapia, LEEP).

A la vista de estas limitaciones, se planteó la necesidad de poner en marcha las siguientes acciones:

- Capacitación de proveedores con participación de la cooperación y de la academia;
- Introducción de crioterapia en las Direcciones de

Área, colposcopia en el segundo nivel de atención y clínicas de detección temprana en el segundo y tercer nivel de atención;

- Elaboración de documentos de apoyo;
- Definición de estándares para la evaluación, el monitoreo y la supervisión;
- Fortalecimiento del sistema de información y estadística del cáncer de la mujer.

Todo este trabajo culminó en la elaboración de un Plan de acción nacional para el período 2009-2012 con la propuesta de utilizar la citología y la IVAA como pruebas de tamizaje y el reto de mejorar la cobertura, especialmente en áreas rurales y pobres. Además, para que el plan tuviera el impacto deseado, se planteó como premisa fundamental que el tamizaje estuviera ligado al tratamiento. Con este objetivo se ha impulsando la realización de la estrategia “ver y tratar” por personal certificado. Desde la puesta en marcha de este plan hasta la fecha se han logrado los siguientes avances:

- En mayo del 2010 se inició la distribución de los lineamientos, las guías y los protocolos estandarizados para la detección precoz del cáncer cervicouterino así como de material educativo tipo rotafolio para el público. Actualmente todas las áreas de servicios de salud disponen de ellos.
- Desde finales del 2010 se cuenta en todos los departamentos del país con al menos un equipo de colposcopia y un equipo de cirugía.
- Se han fortalecido los laboratorios de citología de San Marcos, Petén y Baja Verapaz.
- La cobertura de tamizaje lograda en los servicios de salud pública se situó en torno al 15% en el 2009, representando la IVAA un 65% de esta actividad, con un índice de positividad del 8%. La introducción de la estrategia “ver y tratar” en el año 2008 ha supuesto un incremento progresivo de las crioterapias realizadas desde 45 en el 2008, hasta 601 en el 2010 y 365 en lo que va de año.
- Se han realizado capacitaciones certificadas en las 29 áreas de salud, dirigidas principalmente a los equipos de salud reproductiva así como a médicos

y personal de enfermería de hospitales, centros y puestos de salud. El resultado ha sido la capacitación de 950 profesionales en IVAA y la estrategia “ver y tratar”.

- Los cursos de capacitación incluyen contenidos sobre la realización de la citología y conceptos generales sobre otras opciones para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino. Además cuentan con el respaldo académico de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Universidad Mariano Gálvez, el Colegio de Médicos y Cirujanos así como la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala.
- Se han realizado capacitaciones de colposcopia de nivel básico e intermedio en 16 áreas de salud. En total se dispone de 44 colposcopistas. En el 2010 se registraron un total de 2.280 colposcopias en el sistema de información oficial. Es importante señalar que existe un considerable subregistro.
- Se está realizando la supervisión, el monitoreo y la evaluación a través de 29 estándares que fueron consensuados en el 2009.

Finalmente, el Dr. Álvarez señaló algunos de los retos que el programa debe afrontar a medio y corto plazo. El más inminente es lograr fortalecer el sistema de información y estadística para mejorar el seguimiento de las mujeres positivas. También es necesario continuar el proceso de supervisión, monitorización y evaluación en las 29 áreas de salud y en los tres niveles de atención. Finalmente, la disponibilidad de equipos de crioterapia en las áreas de salud sigue representando un problema para poder ofertar la estrategia “ver y tratar”.



El cáncer de cuello uterino en Bolivia. Dra. Lizeth Soraide, Responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

La Dra. Lizeth Soraide comenzó su presentación ofreciendo algunos datos contextuales del país. Bolivia cuenta con una población de 10 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento del 2.3%, un 62% de población urbana y una esperanza de vida de 62 años.

La dispersión de la población rural y la complejidad geográfica son dos de los grandes retos que enfrenta el país. La salud es una prioridad para el gobierno actual que ha desarrollado una política nacional de salud familiar y comunitaria intercultural, que aboga por la participación social, la integralidad y la intersectorialidad.

El cáncer cervicouterino representa un problema de salud pública de primer orden en Bolivia. Se estima que aproximadamente 4,5 mujeres fallecen al día a causa de esta enfermedad, siendo la población de riesgo (25-64 años) de unos 2 millones. Aunque el número de citologías realizadas ha ido aumentando en los últimos 10 años, desde 176.612 en el 2001 hasta más de 324.000 en el 2009, la cobertura sigue siendo insuficiente. Además existen grandes dificultades para realizar un adecuado seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las mujeres con resultados anormales.

En respuesta a esta situación, se ha ido construyendo en los últimos años un marco legal para respaldar las acciones de prevención y control del cáncer cervicouterino. Así, en diciembre del 2005 se aprobó una resolución ministerial para ampliar las coberturas del seguro universal de salud SUMI en todo el territorio nacional con carácter gratuito, incluyendo el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Más tarde, en una resolución ministerial de julio del 2009, se aprobaron la “Norma Nacional, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino”, así como el actual “Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento del Cáncer de Cuello Uterino 2009-2015”, en el que se contempla la IVAA como opción de tamizaje.

Entre los principales avances logrados en Bolivia para la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino

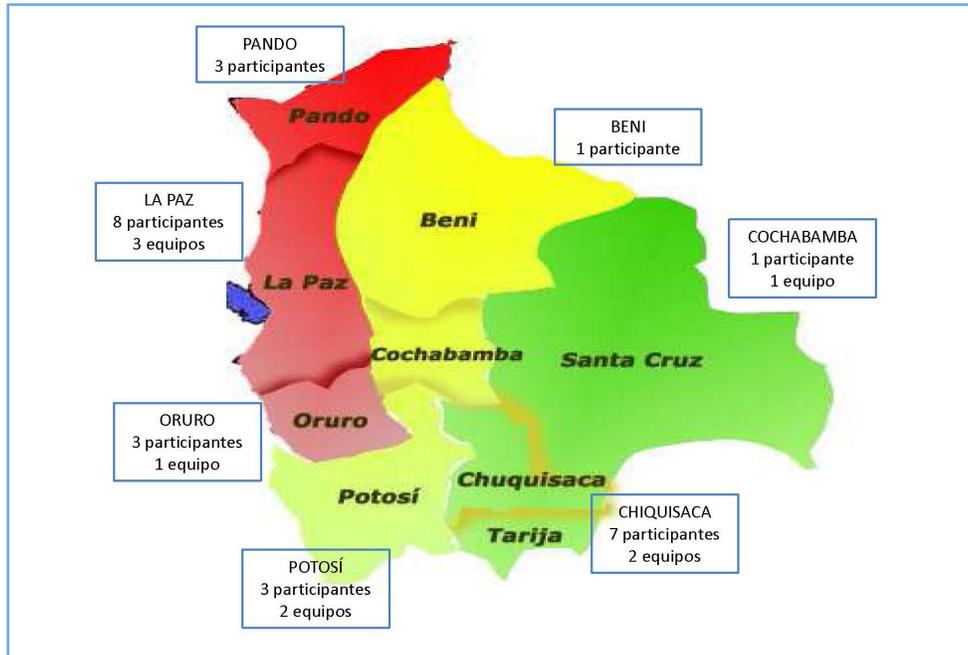
figuran:

- La conformación de comités de correlación citocolpo-histológica integrados por citólogo, patólogo, colposcopista y trabajadora social.
- La elaboración de planes de acción con los 9 departamentos para garantizar el control y seguimiento de las pacientes.
- La introducción del tamizaje con IVAA y la estrategia “ver y tratar” en forma de proyectos piloto en zonas rurales con difícil acceso a la citología.

A continuación, la Dra. Soraide expuso cómo se ha organizado la capacitación de proveedores de IVAA y crioterapia. Desde 2010, se ha capacitado a 12 ginecólogos, una oncóloga, 9 médicos generales y 6 enfermeras, procedentes de los departamentos de La Paz, Oruro, Chuquisaca, Potosí y Pando. Los talleres han sido impartidos por profesionales del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Perú, en 5 jornadas con exposiciones teóricas y prácticas. Con el objetivo de dar seguimiento a estas actividades, el Ministerio de Salud propuso que cada uno de los proveedores entrenados firmara un acta donde se debían recoger las acciones que se comprometían a realizar a corto plazo y las necesidades identificadas para poderlas llevar a cabo. De esta forma se ha establecido como prioridad la adquisición de equipos de crioterapia para que los profesionales capacitados puedan poner en marcha las habilidades adquiridas tras el curso. El mapa de la *Figura 2* muestra la ubicación de los proveedores capacitados y la disponibilidad de equipos de crioterapia en sus respectivos departamentos.

El siguiente paso será la realización de cursos de entrenamiento de entrenadores, con el objetivo de generar la capacidad necesaria para institucionalizar el uso de estas técnicas en Bolivia.

Figura 2. Mapa de ubicación de proveedores capacitados en IVAA y la estrategia “ver y tratar” y disponibilidad de equipos de crioterapia según departamentos en Bolivia.



IVAA y crioterapia, la experiencia en Guyana. Dr. Narine Singh, Director de los Servicios Regionales de Salud, Ministerio de Salud, Guyana.

El Dr. Narine Singh inició su exposición ofreciendo a los oyentes algunos datos sobre el contexto socio demográfico del país. Situada en la costa norte de América del Sur, Guyana tiene una extensión de 214.970 km² con una población de 748.480 habitantes.

El 85% de esta población se concentra en la zona costera, y el resto se ubica en el interior, con una gran dispersión geográfica. El cáncer cervicouterino representa un problema de salud pública de primer orden, situándose como el cáncer más frecuente en mujeres de todas las edades y en el grupo de 15 a 44 años. Actualmente se estima que cada año se producen 168 nuevos casos y 71 fallecimientos por esta causa, con tasas de incidencia y mortalidad un 60% más altas que en América Latina y otros países del Caribe. Ante esta situación epidemiológica, el Ministerio de Salud ha situado al cáncer cervicouterino entre sus prioridades.

Aunque en Guyana los servicios de tamizaje mediante citología están disponibles desde hace más de 20 años, se han concentrado principalmente en la capital,

Georgetown y no han tenido el impacto esperado debido a las dificultades programáticas de una prueba que precisa varias consultas. Por este motivo, el Ministerio de Salud aprobó en Octubre de 2008 la “Política Nacional de Guyana para la Prevención del Cáncer Cervicouterino” en la que se propone utilizar la IVAA y la estrategia “ver y tratar” como el método principal de tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas en el país. Esta decisión condujo a la creación del Programa para la prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino, GCCPTP, por sus siglas en inglés, financiado por USAID a través de JHPIEGO. Dicho programa se centró inicialmente en mujeres VIH positivas para luego hacerse extensible a todas las mujeres en riesgo. Como parte de este proceso se estableció en

el 2008 el Comité Nacional de Supervisión (NOC por sus siglas en inglés), constituido por representantes de todos los grupos de interés implicados de alguna forma en el programa, con el propósito de guiar y apoyar su desarrollo e implementación.

Desde la puesta en marcha de los servicios de prevención en enero del 2009, se han tamizado 14.500 mujeres con 2.058 resultados positivos (14,2%), de los que un 85% fueron elegibles para tratamiento con crioterapia, registrándose un 91% de curación tras este tratamiento al año de seguimiento. A lo largo de este período, se han establecido 16 puntos de atención en 8 de las 10 regiones administrativas del país, ubicados en hospitales regionales (8), hospitales de distrito (5), hospitales privados (1) y centros de salud (2). Todos estos centros ofrecen servicios de IVAA y crioterapia y dos de ellos tratamiento mediante LEEP. Además, la *Corporación del Hospital Público de Georgetown* (GPHC por sus siglas en inglés), ha sido designada como centro de excelencia para la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino.

La capacitación de un número suficiente de proveedores constituye uno de los principales objetivos del GCCPTP. Desde su puesta en marcha se han entrenado 53 profesionales en IVAA y crioterapia, a través de 3 cursos. El perfil del personal entrenado incluye ginecólogos, médicos generales, personal de enfermería y “medex”. Adicionalmente, en enero del 2010 se realizó curso de entrenamiento de entrenadores en el que participaron 6 médicos y 2 “medex”.

Todo este proceso se ha acompañado de la implementación de un sistema de control de calidad denominado “*Gestión basada en estándares y reconocimiento*” (SBM-R por sus siglas en inglés), que garantiza la provisión de “mejores prácticas” de forma continua y consistente, de acuerdo a estándares definidos. El SBM-R se apoya en la herramienta de supervisión desarrollada por JHPIEGO y permite identificar déficits en el desempeño, determinar su causa y medir los avances logrados. Se ha elaborado un formulario estandarizado para la recogida de información que es utilizado por el programa a nivel nacional.

A continuación se señalaron algunos de los retos identificados en la implementación del programa, entre los que destacan:

- La migración de los profesionales capacitados o la existencia de otras responsabilidades que son priorizadas frente a la provisión de servicios de tamizaje.
- Problemas de suministro de gas para la realización de la crioterapia y falta de recursos materiales tales como espéculos o puntas de crioterapia.
- No se cuenta con un sistema de mantenimiento adecuado de los equipos de crioterapia.
- Falta de apoyo gerencial en algunos centros para que los profesionales capacitados realicen la provisión de servicios.
- Pérdidas de seguimiento de hasta el 51% de las mujeres IVAA positivas con lesiones elegibles para crioterapia que deciden posponer el tratamiento y nunca regresan.

El Dr. Singh concluyó su exposición resaltando que el aumento de la cobertura tiene un mayor potencial para lograr un impacto sobre la carga de enfermedad en Guyana que el aumento de la frecuencia de tamizaje en un grupo reducido de la población en riesgo. Conforme el programa vaya madurando y en función de la disponibilidad de recursos, los esfuerzos se irán centrando en aumentar el rango de edad de la población diana y la frecuencia de tamizaje recomendada.

Preguntas y respuestas

Tras las exposiciones de la mesa redonda, se abrió un espacio para compartir lecciones aprendidas y experiencias de otros países. A continuación se presentan las principales cuestiones discutidas:

» Un aspecto clave para lograr el éxito en la introducción de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” es que estén incluidos en la normativa del país. Este ha sido el caso en Guatemala, donde el Ministerio de Salud lideró la elaboración y socialización de la normativa sobre prevención y control del cáncer cervicouterino en un proceso participativo en el que se contó con la intervención de la sociedad civil.

» Involucrar a la academia en el proceso de capacitación de IVAA y crioterapia tiene un gran valor añadido. Así, en Guatemala se ha entrenado a docentes universitarios, y se ha propuesto la capacitación de los médicos que inician el ejercicio profesional supervisado de ginecología así como de los estudiantes de medicina que realizan su pasantía de 6 meses.

» Se discutió la pertinencia de utilizar unidades móviles para el tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino. Hubo un acuerdo general en que, para ser costo-efectivas y sostenibles, es importante que estas unidades estén articuladas con los sistemas de salud y respondan a programas integrados (por ejemplo, uso de unidades móviles en el marco de un programa ampliado de salud sexual y reproductiva). Guyana compartió su experiencia con unidades móviles que prestan servicios integrales en zonas del interior de difícil acceso, incluyendo salud buco-dental, atención pediátrica, IVAA y otros servicios prestados por médicos generales. De esta forma se comparten los gastos y se maximiza el impacto.

» Se resaltó la importancia de sistematizar todas las experiencias exitosas de los países como herramienta para facilitar la cooperación sur-sur. Además este proceso de sistematización permitiría disponer de la evidencia necesaria para preservar los proyectos ante, por ejemplo, cambios de gobierno y de las estructuras responsables de la toma de decisiones.

Capacitación

La IVAA ha demostrado ser una prueba de tamizaje efectiva con grandes ventajas para los países de recursos limitados dada su sencillez, bajo costo e inmediatez de los resultados. Sin embargo, se trata de una prueba subjetiva dependiente de la interpretación del proveedor, por lo que es fundamental contar con un adecuado sistema de entrenamiento y supervisión. En la mesa redonda que se resume a continuación, se discutieron aspectos generales y retos para la capacitación, y se compartieron experiencias exitosas de países de la región y organizaciones socias.



Visión general y retos de la capacitación en IVAA y crioterapia. Dr. Jose Jerónimo, Salud Reproductiva, PATH.

El Dr. Jose Jerónimo realizó una presentación introductoria sobre visión general y retos de la capacitación en IVAA y crioterapia.

Comenzó su exposición resaltando como en todos los países de Centroamérica y Sudamérica, con la excepción de Haití, el número de muertes por cáncer cervicouterino, supera con un amplio margen a la mortalidad materna. Es importante aprender de los éxitos logrados en las últimas décadas en el control de la mortalidad materna y aplicar las lecciones aprendidas al abordaje del cáncer cervicouterino (Figura 3). En este sentido, la inclusión de la mortalidad materna en los objetivos de desarrollo del milenio y la elevada cantidad de fondos destinados a su control han sido aspectos clave.

En cuanto a la capacitación en IVAA y crioterapia, es importante considerar el entrenamiento como un “paquete” en el que no sólo se incluyen las habilidades clínicas, sino también contenidos sobre consejería y educación comunitaria así como monitorización y seguimiento. A modo de conclusión, el Dr. Jerónimo destacó algunos de los retos más importantes que se plantean en relación a la capacitación:

- *Perfil de los entrenados:* Cualquier proveedor de salud puede ser capacitado en IVAA, aunque una cuestión a considerar es si el entrenamiento

Figura 3. Carga de enfermedad e inversión: cáncer cervicouterino y complicaciones relacionadas con el embarazo (mortalidad materna)

	COMPLICACIONES ASOCIADAS AL EMBARAZO (MORTALIDAD MATERNA)	CÁNCER CERVICOUTERINO
MUERTES ANUALES	358.000 mujeres MUEREN ANUALMENTE	270.000 mujeres MUEREN ANUALMENTE
TENDENCIA DE LA MORTALIDAD	34% DESCENSO DE LA MORTALIDAD ENTRE 1990-2008	45% AUMENTO DE LA MORTALIDAD ENTRE 1990-2008
¿PRIORIZACIÓN EN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)?	SI (ODM-5: MEJORA DE LA SALUD MATERNA, PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO)	NO
INVERSIÓN ACTUAL EN EL MUNDO EN DESARROLLO	\$ 12.000 millones	??? NO SE CONOCEN LAS CIFRAS EXACTAS

Fuente: Cervical Cancer Action. Progreso en la prevención del cáncer cervicouterino: Informe de Cervical Cancer Action. Abril del 2011. Disponible en: <http://www.cervicalcanceraction.org/pubs/pubs.php>

debe ser igual para todos los profesionales independientemente de la experiencia previa. Una vez capacitados, el reto es cuánto tiempo van a poder dedicar los proveedores a realizar IVAA, ya que tienen otras muchas responsabilidades. En cuanto a la crioterapia, una consideración importante es que el perfil de los entrenados va a depender de lo que establezca la legislación de cada país. Aunque el personal de enfermería y las matronas a menudo llevan a cabo procedimientos mucho más complejos, la normativa de algunos países no les permite realizar la crioterapia, por lo que la capacitación en estos casos se centra sólo en el personal médico. Otra cuestión importante es la distribución estratégica de los equipos de crioterapia para lograr un uso más eficiente de los recursos y que los proveedores acumulen un número suficiente de casos para mantener un adecuado nivel de desempeño.

- *Duración del entrenamiento:* Es variable según las instituciones, aunque en términos generales dura

entre 1 y 2 semanas. Sin embargo, la experiencia demuestra que es difícil mantener al proveedor fuera de su puesto de trabajo durante más de 4-5 días. Por ello sería conveniente evaluar la posibilidad de realizar un entrenamiento virtual previo al curso presencial para rentabilizar su duración.

- *Validación de los materiales para el entrenamiento:* Se cuenta con numerosos materiales aceptados en la región, por lo que es importante consolidar estos recursos y fomentar sinergias entre instituciones.
- *Certificación de entrenadores y entrenados:* Idealmente mediante una certificación y validación estándar en la región.
- *Seguimiento y monitorización:* La supervisión individual de los capacitados es difícil y exigente tanto en tiempo como en recursos. En este sentido sería conveniente valorar el uso de herramientas virtuales.



Abordajes y metodologías para la capacitación: experiencias en Guatemala.

Dr. Erick Álvarez, Responsable del Componente de Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

El Dr. Álvarez comenzó su exposición mostrando los resultados de un estudio acerca del grado de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en los diferentes niveles de atención, encontrándose importantes déficits atribuibles a la falta de educación continuada.

La meta de la capacitación clínica en Guatemala es ayudar a los prestadores de servicios de salud a que obtengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para proporcionar atención clínica de alta calidad. Esta capacitación basada en los principios de aprendizaje del adulto, utiliza el modelaje de la conducta, está basada en competencias e incorpora técnicas de capacitación humanística.

Los cursos de habilidades clínicas se plantean con las siguientes metas:

- Preparar a prestadores de servicios competentes en las técnicas de citología e IVAA y en el tratamiento con crioterapia.
- Desarrollar habilidades de consejería para hablar con las mujeres sobre el tamizaje y el tratamiento.
- Manejar los efectos secundarios u otros problemas que puedan aparecer en relación al tratamiento.

El Dr. Álvarez presentó los materiales que se han desarrollado para la capacitación tales como manuales de bolsillo, imágenes, guías prácticas de citología e IVAA y el manual del capacitador. También se ha desarrollado

un currículo para la capacitación en colposcopia básica y avanzada.

De esta forma, a lo largo del 2010 se han formado un total de 400 proveedores en 21 distritos, de los cuáles 29 profesionales han sido certificados con la posibilidad de replicar la capacitación. Por último, el Dr. Álvarez mostró los resultados del proyecto piloto que se está

desarrollando en San Marcos, donde se ha logrado triplicar la cobertura de tamizaje desde el 2007. En este departamento se cuenta con 400 proveedores de salud entrenados, 4 de ellos certificados. En cuanto a instalaciones y equipamiento, se dispone de 4 colposcopios, 3 criocauterios, un equipo de electrocirugía y un centro de capacitación de IVAA ubicado en San Pedro Sacarepéquez.



Metodología para la capacitación. Cómo poner en marcha las habilidades adquiridas en los cursos. Dr. Carlos Santos Ortiz. INEN, Lima, Perú.

El Dr. Santos comenzó su presentación mostrando el sistema de atención piramidal que debe estar presente en cualquier programa de prevención de cáncer cervicouterino con independencia de la prueba de tamizaje utilizada.

Así, en la base encontraremos las actividades de promoción de la salud, dirigida a la población diana en la comunidad y necesaria para alcanzar coberturas adecuadas. En el siguiente nivel se sitúan las actividades de detección y tratamiento mediante IVAA y crioterapia que deben tener una capacidad de resolución alta, de al menos un 80% de los casos. A continuación, encontraríamos el manejo de los casos de neoplasia intraepitelial y finalmente el abordaje de los casos de cáncer invasor. Esta pirámide de prevención determina la composición de la pirámide educativa (*Figura 4*), que contará con una base extensa de promotores de salud, seguida de un nivel también amplio de proveedores de IVAA y crioterapia, y a continuación un número más reducido de ginecólogos entrenados en técnicas avanzadas de diagnóstico y tratamiento. Esta pirámide educativa también debe contar con entrenadores y finalmente, es recomendable que cada país disponga de una serie de “instructores maestros”, como entrenadores y líderes de la prevención del cáncer cervicouterino.

De acuerdo con la pirámide anteriormente expuesta, parece razonable centrar la capacitación en el perfil de profesionales que trabaja en atención primaria en contacto con la población diana, y que puede variar dependiendo de los países. Así, en los puestos de salud de Perú, trabajan principalmente médicos generales, obstetras y personal de enfermería. Sin embargo,

también es útil capacitar a ginecólogos y convertirlos en aliados y líderes del uso de estas técnicas.

A continuación, el Dr. Santos expuso cuáles son los 3 componentes del entrenamiento:

- Curso fundamental, llamado “*Curso de habilidades clínicas de inspección visual y crioterapia*”, que dura 5 o 6 días y se desarrolla en paralelo al curso de promotores, de 3 días de duración.
- Curso de entrenamiento de entrenadores.
- Curso de entrenamiento de maestros, que tendrán la capacidad de generar material educativo nuevo o validar materiales existentes.

En cuanto al lugar en el que se realiza la capacitación, es recomendable que cada país tenga uno o más centros de excelencia con personal experto, aunque la capacitación también puede realizarse en el sitio donde se encuentra la población de riesgo, o de forma combinada, ya que es fundamental que los alumnos que realizan el curso de habilidades clínicas tengan la oportunidad de ver al menos uno o dos casos de cáncer invasor.

Los cursos deben estar basados en los principios de aprendizaje del adulto: modelaje de la conducta, basada en competencia y de base humanística. No sólo se evalúa la adquisición de conocimientos, sino también

el desempeño a través de las guías de aprendizaje y las listas de verificación.

La Escuela Latinoamericana de cuello de útero ubicada en el INEN de Perú, surgió en 2005 como fruto de un acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) con la intención de ser un centro regional de capacitación. En los últimos años se ha contado con el apoyo de PATH y de JHPIEGO en el desarrollo de materiales educativos. Desde la fundación de la Escuela, se han organizado cursos no sólo en Perú, sino también en Venezuela, Bolivia, Honduras y Nicaragua.

En la segunda parte de la presentación, el Dr. Santos abordó el tema de cómo poner en marcha las habilidades adquiridas en los cursos. Según la experiencia de la Escuela, el porcentaje de proveedores formados que aplica los conocimientos adquiridos después de la capacitación varía entre el 60 y el 90%, según los lugares. Entre las principales dificultades que los proveedores encuentran cuando vuelven a su lugar de origen figuran:

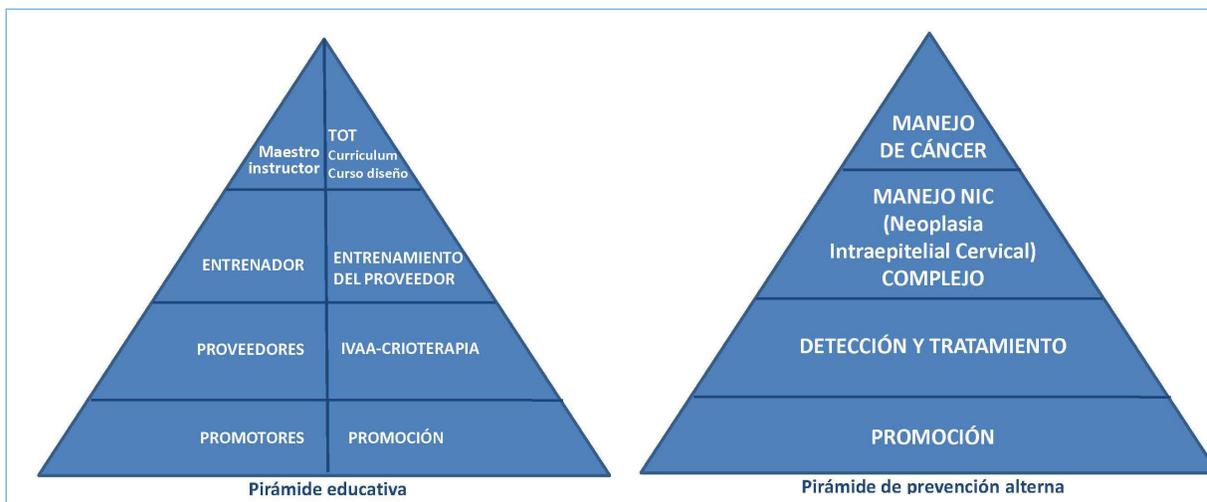
- Falta de equipo y de insumos.
- Actividades que compiten.
- Rotación o migración del personal.
- Ausencia del IVAA en las metas que tienen que cumplir los proveedores.
- Poco apoyo de los jefes.

- En general, existe un menor entusiasmo tras la capacitación por parte de los médicos en comparación con otros perfiles profesionales.

En respuesta a estas dificultades, el Dr. Santos propuso las soluciones que se exponen a continuación:

- Incluir al final del curso de habilidades clínicas un ejercicio en grupos sobre cómo implementar un servicio de IVAA y crioterapia cuando vuelvan a sus establecimientos de salud. Para ello se les proporciona una plantilla (*Anexo 5*) con 3 grandes apartados: infraestructura e insumos, actividades de educación y promoción de la salud orientadas a la comunidad y funcionamiento del servicio de IVAA y crioterapia. Para cada uno de estos bloques se solicita a los participantes que identifiquen recursos y apoyo necesario, responsables y plazos.
- Proporcionar a los participantes un listado con el mobiliario, insumos y equipos necesarios para la implementación de un consultorio de IVAA y crioterapia (*Anexo 6*).
- Entrenar equipos en cada centro, para garantizar la continuidad de los servicios en caso de que haya cambios de personal.
- Realizar visitas de soporte y seguimiento, de acuerdo con un formulario establecido (*Anexo 7*).
- Firmar convenios con los tomadores de decisiones para garantizar la sostenibilidad de los servicios.

Figura 4. Pirámides de prevención del cáncer cervicouterino y educación del personal prestador de servicios.





Enfoque basado en la competencia para capacitación en IVAA y crioterapia. Dra. Veronica Reiss, Asesora Salud Sexual y Reproductiva, Jhpiego.

La Dra. Reiss comenzó su presentación revisando la pirámide de recursos humanos que son necesarios para la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino desde el nivel comunitario hasta el nivel de referencia.

Además, resaltó la necesidad de contar con profesionales capacitados para la gestión del programa y la supervisión de los servicios (*Figura 5*). En función de esta pirámide, las áreas clave para la capacitación son:

- Consejería.
- Tamizaje (IVAA, citología, prueba de ADN del VPH).
- Tratamiento de lesiones precancerosas (crioterapia, LEEP, conización).
- Manejo del cáncer invasor.
- Mantenimiento de los equipos.
- Habilidades de gestión, supervisión, evaluación y monitorización.

La meta de la capacitación clínica es la obtención de los conocimientos, las actitudes y las habilidades necesarias para la realización de una actividad o procedimiento específico, y presupone una aplicación inmediata. Además se parte del supuesto de que todos los participantes de un entrenamiento pueden aprender y dominar los conocimientos, actitudes y habilidades siempre que se les dé el tiempo suficiente y se utilicen los métodos adecuados. Sin embargo el facilitador de la capacitación debe tener en consideración los diferentes ritmos de aprendizaje que pueden existir dentro del grupo. La capacitación basada en la competencia se sustenta en los siguientes 4 grandes pilares:

- Consiste en aprender haciendo: la evidencia acerca de la memorización post capacitación indica que recordamos un 10% de lo que escuchamos, un 30% de lo que vemos, un 80% de lo que hablamos y hasta un 90% de lo que hacemos.
- Se concentra en cómo se desempeña el participante.
- El capacitador clínico actúa como facilitador.

- Se trata de una evaluación objetiva del desempeño en general: se evalúan no sólo los conocimientos sino también las habilidades adquiridas.

Tal y como se ha señalado en presentaciones anteriores, la capacitación clínica eficaz tiene su foco en la competencia, está basada en los principios del aprendizaje del adulto, utiliza el modelaje de la conducta e incorpora técnicas de capacitación humanística. El aprendizaje en adultos tiene una serie de características diferenciales, ya que los adultos cuentan con una experiencia previa que es necesario tomar en consideración. Así, el aprendizaje es más eficaz cuando el participante es consciente de lo que necesita aprender, se basa en lo que el participante ya conoce, se utilizan técnicas y métodos de capacitación variados y se desarrolla en un contexto lo más real posible. La capacitación clínica utiliza el modelaje de la conducta, ya que la forma más rápida y eficaz de aprendizaje es observar cómo otra persona realiza la actividad o pone en práctica las habilidades en cuestión. Por último se ha mencionado en repetidas ocasiones el uso de técnicas de capacitación humanística. Esto quiere decir que se utilizan modelos anatómicos y juegos de rol para reproducir situaciones clínicas de forma que el participante aprenda antes de atender a pacientes reales. Así se logra reducir el tiempo necesario para la capacitación a la vez que se minimizan los riesgos para las pacientes.

A continuación la Dra. Reiss mostró un ejemplo de cronograma de un curso de IVAA (*Anexo 8*) y señaló la importancia de que haya un modelo anatómico por cada entrenador y un máximo de 4-5 participantes.

Por último y a modo de conclusión, se presentaron los siguientes mensajes clave:

- La capacitación debe ir precedida de un ejercicio

- de planificación y evaluación de las necesidades existentes, los recursos disponibles y los socios de trabajo.
- Es importante desarrollar la capacidad en el país estableciendo un equipo de entrenadores cualificados y un paquete de capacitación estandarizado. En este sentido Jhpiego ha desarrollado un paquete con los siguientes componentes:
 - » *Manual de referencia con los contenidos técnicos.*
 - » *Manual del capacitador y del participante.*
 - » *Herramientas para la evaluación del desempeño.*
 - » *Atlas con imágenes del cuello cervicouterino.*
 - » *CD-ROM interactivo con imágenes.*
 - » *Ayudas de trabajo.*
 - » *Herramientas para documentación y notificación.*
 - El proceso de capacitación debe arrancar con el entrenamiento de proveedores clínicos, de los cuáles un grupo alcanzará un elevado nivel de desempeño pudiendo ser capacitados como entrenadores. A su vez, parte de estos entrenadores alcanzarán el nivel de “entrenador máster” pudiendo capacitar como entrenadores a otros proveedores.
 - Debe prepararse un plan de expansión tomando en consideración la generación de demanda, los recursos para la formación, la garantía de la calidad y cuestiones relacionadas con la logística, los equipos y los suministros.

Figura 5. Recursos humanos esenciales para la prevención del cáncer del cuello uterino.



Discusión: Lecciones aprendidas y cuestiones de interés acerca de la capacitación

Tras las presentaciones realizadas en la mesa redonda se abrió un espacio para el debate en el que se plantearon las siguientes cuestiones:

» Una de las principales dificultades tras la capacitación es cómo realizar la supervisión de los proveedores para garantizar la calidad en los servicios prestados. Hacer esta supervisión de forma presencial resulta costosa y limita la velocidad con la que se puede realizar el entrenamiento de proveedores y la extensión de los servicios. En Guatemala, el proceso de capacitación ha sido muy rápido en los últimos años. Uno de los factores clave en este desarrollo ha sido el hecho de que los primeros profesionales capacitados en IVAA y crioterapia fueron los ginecólogos facilitadores hospitalarios de salud sexual y reproductiva de cada área de salud. Estos profesionales se han ocupado de realizar el control de calidad en sus respectivas áreas de salud, supervisando el trabajo de los nuevos proveedores capacitados.

» Los cursos de IVAA y crioterapia realizados por el INEN incluyen una evaluación diaria en la que los estudiantes valoran los contenidos de la jornada y una encuesta al final de la capacitación. Con frecuencia los entrenados expresan en dicha encuesta que les hubiera gustado tener la oportunidad de realizar más prácticas de crioterapia. Por esta razón es importante, al seleccionar a las mujeres que van ser tamizadas durante el curso, incluir al menos un 60% de pacientes con un resultado anormal previo para que haya más probabilidades de identificar lesiones que requieran tratamiento con crioterapia.

» Una de las cuestiones planteadas a los participantes de la mesa fue la forma en que se lleva a cabo la validación del proveedor capacitado. La Dra. Reiss de Jhpiego explicó que el enfoque basado en la competencia trata de tomar en consideración la existencia de ritmos de aprendizaje diferentes. Así, se realiza un cuestionario al inicio del curso y se evalúan los conocimientos adquiridos en otro cuestionario a mediados del curso. Este cuestionario de evaluación no se plantea al final para dejar margen de tiempo de recuperación a los alumnos que no logren superarlo. Además se utiliza una lista de comprobación para evaluar las habilidades y actitudes en las prácticas tanto con modelos como con pacientes. Si al final del curso se han adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias, el alumno recibe la cualificación correspondiente. En caso contrario, es necesario proporcionar un seguimiento y refuerzo con posterioridad al curso hasta que se logre el nivel exigido. Por su parte, el Dr. Santos del INEN, distinguió 3 etapas: a) en primer lugar, la adquisición de las habilidades para realizar IVAA y crioterapia; b) a continuación, la fase de competencia, en la que el proveedor tiene la habilidad pero aún carece de la experiencia suficiente; y c) finalmente la pericia, que se logra tras meses de ejercicio. Con la capacitación se persigue que el alumno alcance un nivel de competencia, para más tarde, al adquirir pericia en sus habilidades, aspirar a la certificación.

Discusión: Lecciones aprendidas y cuestiones de interés acerca de la capacitación

- » Se destacó el gran valor de integrar la capacitación en IVAA y crioterapia en el currículo de formación pregrado de médicos y personal de enfermería. En este sentido es importante capacitar a los docentes de las universidades y trabajar con las sociedades científicas. Una estrategia interesante puede ser organizar sesiones de entrenamiento como jornadas previas a los congresos de dichas sociedades científicas.
- » En Suriname, el protocolo aprobado para la realización de la estrategia “ver y tratar” incluye la toma de biopsia previa a la administración de crioterapia, planteándose la pertinencia de incluir la toma de biopsia dentro de los contenidos de los cursos de capacitación en IVAA y crioterapia. La mesa redonda consideró que no es necesaria la toma de biopsia previa al tratamiento ya que la estrategia “ver y tratar” debe ser lo más resolutive posible. Desde el punto de vista de la salud pública es necesario asumir cierto riesgo calculado inherente a cualquier prueba de tamizaje, ya que ninguna es perfecta.
- » Ante la futura introducción generalizada de la detección de ADN del VPH como prueba de tamizaje primaria, la actual inversión en capacitación en IVAA y crioterapia tendrá un gran valor porque permitirá su uso como prueba de triaje para identificar lesiones precancerosas en las mujeres positivas al VPH. En este sentido, el Dr. Jerónimo hizo referencia a los avances y buenos resultados que se están logrando con el *CareHPV*, una prueba de ADN del VPH especialmente diseñada para entornos de escasos recursos con mínimos requerimientos de infraestructura y el potencial de proporcionar resultados en el curso de pocas horas.
- » Se planteó la importancia de realizar un examen de agudeza visual sencillo a los alumnos de los cursos de capacitación, ya que una adecuada visión es una herramienta imprescindible para realizar correctamente la IVAA.

Promoción de la salud y estrategias para captar a las mujeres en edad de riesgo



Movilizando a la comunidad a través de las cooperativas cafeteras en comunidades que producen café: superando las barreras de acceso a programas de prevención del cáncer cervicouterino.

Dra. August Burns, Directora Ejecutiva de Cultivando la Salud.

La Dra. Burns comenzó su presentación explicando como *Cultivando la Salud* ha establecido una alianza con las cooperativas cafeteras para trabajar con los sistemas locales de salud con el objetivo de desarrollar un modelo innovador y efectivo para la prevención

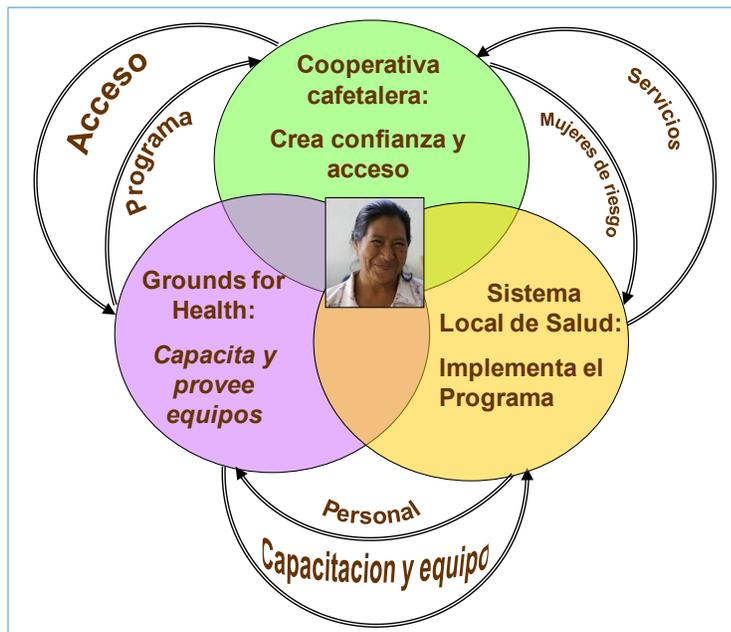
Cultivando la Salud apoya el trabajo de las comunidades que se convierten en las verdaderas dueñas del programa. Al tomar la decisión de que la salud de la mujer y en particular el cáncer cervicouterino, son una prioridad, se enfrenta la dificultad de acceso a los

servicios, se abordan de forma directa los posibles conflictos de género y se obtiene el “permiso social” de la comunidad. Así, las mujeres son las encargadas de manejar su propia salud con los recursos provistos por la comunidad, lo cual garantiza la sostenibilidad del programa.

El rol de la cooperativa consiste en reducir las barreras que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de prevención, a través de las siguientes acciones clave:

- Educar a la comunidad sobre la importancia de la prevención, detección y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino.
- Facilitar el transporte de las mujeres a los servicios.

Figura 6. Modelo de colaboración de Cultivando la Salud.



del cáncer cervicouterino en poblaciones urbanas y rurales, cercanas y remotas (Figura 6). La movilización de la comunidad es un elemento clave para el éxito de los programas de prevención del cáncer cervicouterino. Aunque se disponga de una prueba de tamizaje de excelente calidad, si las mujeres no llegan a los servicios, no será posible lograr el impacto deseado.

- Asegurar el seguimiento de las mujeres que necesitan tratamiento.

Las principales barreras que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios son la falta de tiempo, de apoyo para asumir el resto de sus responsabilidades, de dinero, de transporte o de permiso del marido, entre

otras. Todos estos obstáculos son fácilmente superables gracias al trabajo de la comunidad.

A continuación la Dra. Burns destacó las principales lecciones aprendidas gracias al trabajo realizado por *Cultivando la Salud* en Nicaragua, México y Tanzania en los últimos 15 años:

- » Sin la participación activa de la comunidad, los esfuerzos de prevención son aprovechados sólo por las mujeres que tienen mayor facilidad para acceder a los servicios.
- » Las organizaciones locales de la sociedad civil, tales como las cooperativas cafeteras, tienen la capacidad y la infraestructura necesarias para superar las barreras de acceso a estos servicios.
- » La implementación sostenible de la IVAA y la crioterapia es posible en comunidades remotas con un nivel muy bajo de recursos.
- » La comunidad puede contribuir a que la cadena de abastecimiento de insumos sea efectiva.
- » La jornada representa un modelo muy eficaz para la prestación de servicios. El hecho de que las mujeres acudan juntas ayuda a superar el miedo a realizarse la prueba.
- » La colaboración entre el sistema público y las organizaciones privadas contribuye al fortalecimiento y la sostenibilidad del programa.
- » Es necesario centrar los esfuerzos en el grupo de mujeres de mayor riesgo (30-50 años) y la comunidad está en una posición privilegiada para identificarlas y dirigir las a los servicios.
- » La detección y tratamiento de las lesiones precancerosas en una sola consulta es necesaria para garantizar el tratamiento de las mujeres que residen en lugares remotos.
- » Es importante garantizar la adecuada agudeza visual de los proveedores de IVAA.

» No todos los vinagres comercializados tienen concentración adecuada para realizar la prueba.

» Es necesaria la supervisión de los proveedores y que realicen cursos recordatorios con cierta periodicidad.

En definitiva, los elementos que han contribuido al éxito de este modelo son: la creación de servicios accesibles y cercanos, la apuesta por la visita única, el bajo costo de los servicios que son replicables al basarse en protocolos sencillos, y la sostenibilidad porque la comunidad, empoderada, contribuye con los recursos necesarios.

Finalmente, la Dra. Burns expuso los resultados logrados desde el 2001:

- » Más de 20.000 mujeres han recibido servicios de detección de cáncer cervicouterino.
- » Más de un 80% de estas mujeres tenían entre 30 y 50 años.
- » Desde el 2007 se ofrece IVAA en todas las comunidades.
- » Un promedio del 10% de las mujeres tamizadas con IVAA han tenido un resultado positivo.
- » Más del 95% de las mujeres IVAA positivas han recibido tratamiento.
- » Se han capacitado a más de 200 médicos y enfermeras en detección y tratamiento lesiones precancerosas y referencia de casos avanzados, 54 de ellos en Nicaragua.
- » Se han establecido 28 centros de tratamiento, 14 de ellos en Nicaragua.
- » En cada comunidad se ha formado a una red de promotores de salud.



Promoción de la salud, papel de los promotores de salud en los programas basados en IVAA. Lic. Haydee Padilla, OPS/OMS Bolivia.

La Lic. Padilla comenzó su exposición revisando el concepto de promoción de la salud que según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Por ello se nutre de muchas disciplinas tratándose de un proceso y no de una solución fácil.

En Bolivia se estima que cada día se producen 4,5 muertes a causa del cáncer cervicouterino. En respuesta a esta elevada carga de enfermedad, el Ministerio de Salud y Deportes desarrolló un *Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de cuello uterino*, entre cuyos objetivos figura el de informar y sensibilizar a la población sobre el cáncer de cervicouterino, sus métodos de prevención, detección oportuna, control y seguimiento.

Con el objetivo de fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación de prevención del cáncer cervicouterino, se han organizado dos cursos de 3 días de duración. Uno de estos cursos titulado “*Con amor aprendemos*” ha sido impartido con el apoyo del CDC, mientras que el otro, “*Cuídate a tiempo y no dejes de sonreír*”, ha sido desarrollado por el INEN de Perú. El resultado ha sido la capacitación de 15 promotores en 2010 y 14 en 2011, de los 4 departamentos del país con mayor carga de enfermedad de acuerdo con la encuesta de demografía en salud.

Los cursos incluyen contenidos relativos a cómo desarrollar una sesión educativa para la familia y la comunidad así como guías para las visitas en la comunidad. Además se incorporan contenidos de consejería, información y comunicación, aspectos

generales de anatomía del aparato reproductor, causas del cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo, así como contenidos sobre infecciones de transmisión sexual y VPH. De este modo, se trata de fortalecer las habilidades y principios de una buena consejería (confidencialidad, privacidad), resaltando la importancia del seguimiento de las usuarias.

Metodológicamente el curso está orientado a crear un clima agradable basado en el respeto y la confianza, generar la participación activa de los alumnos y resaltar la importancia del papel de los promotores en el proceso de promoción de la salud. Se trata de que los participantes adquieran un verdadero compromiso con sus comunidades y que busquen a su vez a otros candidatos a promotores con el objetivo de que el trabajo sea sostenible. El perfil de los promotores es variado, desde voluntarios comunitarios hasta auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y agentes de organizaciones sociales.

Finalmente se destacó la sostenibilidad y continuidad de los programas de promotores como el principal desafío a enfrentar en países como Bolivia donde este tipo de trabajo no está remunerado. Por ello es necesario crear alianzas con otras instituciones y organizaciones sociales como las ligas contra el cáncer.



Participantes del curso de promotores de la salud “*Cuídate a tiempo y no dejes de sonreír*”, La Paz, Febrero 2011.

Resultado de las encuestas



Resultados de las encuestas preparatorias al Taller. Dra. Elisa Prieto Lara, OPS, Washington DC.

La Dra. Elisa Prieto presentó los resultados preliminares de la encuesta sobre la experiencia con IVAA y la estrategia “ver y tratar” completada por todos los países participantes como trabajo preparatorio para el taller (*Anexo 4*).

La mayoría de los países utilizan la IVAA en el marco de sus programas nacionales para la prevención del cáncer cervicouterino, ya sea a nivel nacional (Guyana, Suriname y Guatemala), en áreas seleccionadas con acceso limitado a la citología (El Salvador, Colombia y Nicaragua) o en forma de proyectos demostrativos (Perú y Nicaragua); mientras que en Honduras sólo la realizan ONGs. El uso de la estrategia “ver y tratar” es igual al de la IVAA en todos los países excepto en Suriname, donde sólo se lleva a cabo en el interior y siempre previa toma de biopsia.

Todos los países excepto Colombia, Suriname y Paraguay indicaron que la IVAA y la estrategia “ver y tratar” están incluidas en sus normativas sobre prevención del cáncer cervicouterino. El grupo diana oscila entre los 25 y 59 años, siendo la frecuencia de tamizaje recomendada cada 3 años en todos los países excepto en Suriname (cada 2 años) y Guyana (cada 5 años). En todos los países, salvo en Suriname, existe un responsable de la capacitación, calidad, monitorización y evaluación, y la financiación de los servicios suele ser mixta, con fondos del país y de donantes. En cuanto al perfil de los profesionales autorizados a realizar IVAA y la estrategia “ver y tratar”, suelen ser médicos y personal de enfermería, aunque en algunos países la normativa es más restrictiva con respecto al tipo de proveedores que pueden realizar crioterapia.

Todos los países cuentan con algoritmos para el tamizaje y tratamiento con crioterapia, y en todos los casos excepto en Guyana y Suriname, el circuito que siguen las mujeres con un resultado IVAA positivo es el tratamiento con crioterapia de las lesiones elegibles en la misma consulta (estrategia “ver y tratar”) y derivación a colposcopia de las mujeres con lesiones no elegibles. En Suriname, todas las mujeres IVAA positivas son derivadas a colposcopia para toma de biopsia

y confirmación histológica previa al tratamiento; mientras que en Guyana, las mujeres son tratadas con crioterapia o LEEP según las características de la lesión.

En cuanto a la actividad asistencial, destaca la variabilidad del índice de positividad desde un 22,8% hasta un 3,9%. Sólo 3 países reportaron datos sobre el porcentaje de mujeres positivas perdidas en el seguimiento, que osciló desde aproximadamente un 2% en El Salvador, hasta un 20% en Perú y un 51% en Guyana.

La capacitación es liderada por el Ministerio de Salud en todos los países, bien a través de cursos propios o con la colaboración de organizaciones socias. Sólo 3 países afirmaron contar con un sistema de acreditación y 4 indicaron disponer de cursos recordatorios para los proveedores. En los últimos 3 años, se han capacitado un total de 1.393 profesionales en promoción y educación, 1.344 en IVAA y hasta 424 en la estrategia “ver y tratar” en 8 países. Un porcentaje no despreciable de estos profesionales permanecen inactivos tras la capacitación, siendo algunas de las causas la existencia de otras responsabilidades, la falta de equipamiento y la movilidad del personal.

Todos los países cuentan con un número variable de equipos de crioterapia, y en general no reportan dificultades para garantizar la disponibilidad de gas. Un reto generalizado es contar con sistema de mantenimiento adecuado y eficiente.

Finalmente, la mitad de los países no cuentan con un responsable de calidad, monitorización y evaluación. Aunque la mayoría ha desarrollado indicadores específicos, los sistemas de información no son adecuados en más de la mitad de los países.

El análisis detallado de las encuestas será publicado y distribuido en un informe.

Preguntas y respuestas

Durante el espacio de preguntas y repuestas, se plantearon las siguientes cuestiones clave:

- » Es fundamental lograr la institucionalización de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” para que ambas técnicas sean consideradas por los Ministerios de Salud en sus programas operativos y se garantice la adquisición de los insumos necesarios para poder ofrecer los servicios de prevención sin interrupciones. Se destacó que en algunos países como Guatemala, existe una gran dependencia de la cooperación para la adquisición de equipos y aún no se ha logrado formar a una masa crítica suficiente para garantizar la sostenibilidad y continuidad del programa.
- » Es necesario impulsar una mayor implicación de la sociedad civil en general y de las organizaciones de mujeres en particular en la prevención del cáncer cervicouterino.
- » Se destacó la importancia de cambiar el mensaje de que la IVAA es una prueba de tamizaje para países de ingresos bajos. Se trata de una prueba con un gran potencial y un desempeño igual o mejor que la citología en términos de sensibilidad y especificidad. Es importante repensar los protocolos a la luz de la evidencia científica y de los recursos existentes, evitando acciones no justificadas o innecesarias como la toma de biopsia previa a la administración de crioterapia en la estrategia “ver y tratar”.
- » Sería sumamente beneficioso contar con un mapeo de los actores que intervienen en la prevención del cáncer cervicouterino en cada país como herramienta para armonizar la cooperación técnica así como la movilización de recursos. La encuesta preparatoria proporciona información preliminar sobre esta cuestión.

Monitorización y evaluación

Las actividades de monitorización y evaluación son un componente imprescindible para mejorar la implementación y gestión de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, apoyando la toma de decisiones al identificar brechas, encontrar soluciones y permitir una mejora continua de la calidad de los servicios. En la mesa redonda que se resume a continuación, se discutieron aspectos generales y desafíos en la monitorización y evaluación así como experiencias de países y organizaciones socias.



Visión general y retos para la monitorización y evaluación en IVAA y crioterapia. Dr. Mauricio Maza, Director Médico Basic Health International.

El Dr. Maza comenzó su presentación destacando la importancia de contar con un sistema adecuado de monitorización y evaluación para asegurar el cumplimiento de los objetivos y las metas establecidas.

Además estas actividades permiten evaluar si se alcanza el impacto deseado y contar con información clave para apoyar la toma de decisiones. Para ello es necesario definir indicadores a diferentes niveles:

- Indicadores a nivel de políticas de salud y programa, que permitan evaluar el desempeño general del programa;
- Indicadores a nivel de los servicios de salud, con el objetivo de monitorizar tanto a los proveedores de

los servicios como el manejo clínico de las usuarias;

- Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

Las actividades de monitorización y evaluación deben tener un carácter dinámico y continuo, con retroalimentación y acciones correctivas que permitan un mejor desempeño. En la *Tabla 5* se muestra el marco para el seguimiento y la evaluación propuesto por la ACCP.

Tabla 5. Marco de seguimiento y evaluación propuesto por la Alianza para la prevención del cáncer (ACCP).

SEGUIMIENTO		EVALUACIÓN	
Evaluación de procesos		Evaluación de la eficacia	
Aportaciones	Resultados	Resultados	Repercusión
<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Dinero • Supervisión • Establecimientos • Equipo • Suministros • Adiestramiento • Plan del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje y servicios de tratamiento disponibles • Servicios de calidad • Personal competente • Conocimiento de la prevención del cáncer cervicouterino 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura del tamizaje • Tasa de tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas • Cambio de comportamientos • Aumento del apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de cáncer cervicouterino • Mortalidad por cáncer cervicouterino • Repercusión económica • Repercusión social

Fuente: Adaptado del ONUSIDA y el Banco Mundial 2002.

La monitorización y evaluación de la IVAA plantea una serie de desafíos que es importante destacar:

- Retos relacionados con el carácter subjetivo de la prueba.
- La mayor parte de la información disponible procede de estudios de investigación o proyectos demostrativos.
- Los sistemas de información existentes están muy dirigidos al análisis de datos procedentes de programas basados en la citología.

A continuación, el Dr. Maza expuso algunas experiencias destacables de organizaciones internacionales y de países en relación a la monitorización y evaluación:

- » Jhpiego ha desarrollado una serie de estándares para evaluar el desempeño de la IVAA y la crioterapia. En un estudio realizado en Tailandia y Ghana, se encontró que el 74% de los proveedores mantuvieron los estándares de desempeño con IVAA.
- » Bangladesh cuenta con un programa de prevención del cáncer cervicouterino basado en IVAA, con 55 ginecólogos “master trainers” y 425 proveedores entre médicos y personal de salud en 145 centros de salud que ofrecen servicios de tamizaje oportunista. A través de este programa se han tamizado más de 100.000 mujeres en 44 distritos de Bangladesh entre enero del 2005 y junio del 2008, con un 4,8% de positividad. La estrategia utilizada es la de “ver y referir”, y durante el período citado un 87,2% de las mujeres positivas fueron evaluadas mediante colposcopia.
- » Tanto los estudios de Tailandia y Ghana como el programa de Bangladesh, identificaron la existencia de debilidades en el monitoreo y la evaluación de los servicios por falta de un sistema de información central capaz de recoger y facilitar información a nivel nacional.
- » El proyecto TATI desarrollado en la selva amazónica peruana, constituye un trabajo de referencia para ALC, de lectura imprescindible para cualquier país que esté considerando la introducción de estas técnicas.

Desde el 2006, Basic Health International ha capacitado a médicos y personal de enfermería en las regiones central y paracentral de El Salvador. También ha organizado capacitaciones en el departamento de Olancho en Honduras, en Guatemala y en República Dominicana, y está previsto realizar un curso a finales de año en Haití.

La IVAA y la estrategia de “ver y tratar” fueron introducidas por primera vez en El Salvador en el 2002 a través de un proyecto demostrativo impulsado por la OPS en la región central que concluyó en el 2005, aunque sigue teniendo continuidad en el Hospital de Chalatenango. Tras la finalización del primer proyecto, diversas ONGs organizaron capacitaciones dirigidas al personal del Ministerio de Salud y de otras organizaciones, hasta que en el 2008 se alcanzó un consenso que resultó en la elaboración de las Guías Técnicas de IVAA. Este proceso no fue fácil, puesto que no se disponía de tanta evidencia científica como en la actualidad.

En cuanto a la monitorización y evaluación, es imprescindible contar con un buen sistema de información y, como punto de partida, con hojas de recogida de datos adecuadas. A continuación, el Dr. Maza mostró los formularios de registro desarrollados por Jhpiego y traducidos al español por Basic Health en el 2007 (*Anexo 9*), así como el formato elaborado por el Ministerio de Salud de El Salvador como parte de las guías técnicas de IVAA (*Anexo 10*). En lo que respecta a los sistemas de información, uno de los primeros pasos que se dieron en el país fue lograr la incorporación de la IVAA junto a la citología, en el registro diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas (*Anexo 11*). Actualmente se está trabajando para que la hoja de recogida de información también incluya el resultado de la inspección visual. El Ministerio de Salud tiene un sistema de morbimortalidad basado en internet, que permite realizar búsquedas de información por región, área, municipio, establecimiento y fecha, entre otros parámetros. Esta información es fundamental para evaluar si se están cumpliendo las metas establecidas y orientar cuáles son las acciones correctivas necesarias.

Por otra parte, a nivel de servicios de salud, se cuenta con una base de datos con la hoja de registro de información digitalizada, también accesible a través de internet, que permite realizar un análisis más detallado

de la información. Por ejemplo, es posible medir cuál es el porcentaje de mujeres tamizadas que forman parte del tramo de edad de mayor riesgo. También permite conocer el índice de positividad de la prueba, el porcentaje de mujeres tratadas con crioterapia y el porcentaje referido a colposcopia. La tasa de positividad puede estudiarse por departamento y de esta forma detectar lugares en los que el porcentaje de casos positivos es excesivamente alto o bajo, investigar la causa y aplicar medidas correctivas.

Finalmente, el Dr. Maza concluyó identificando los principales desafíos para la monitorización y evaluación

acerca de los cuáles es necesario llegar a un consenso:

- Cuáles son los requerimientos mínimos para los métodos de recolección de datos sobre IVAA.
- Cómo incorporar la recogida de datos sobre IVAA en los sistemas de información actuales, centrados en la citología convencional.
- Cómo estandarizar los indicadores.
- Cómo estandarizar los tiempos de monitoreo y evaluación con sus correspondientes medidas correctivas.



**Seguimiento y evaluación de competencias y capacitación profesional.
Dr. Manuel Álvarez Larraondo, INEN, Perú.**

El Dr. Álvarez comenzó su presentación explicando que Perú sólo cuenta con servicios de IVAA en forma de proyectos demostrativos. Hasta la fecha se han capacitado a unos 100 proveedores, de los cuáles cerca del 70% prestan actualmente servicios en diferentes regiones del país.

El seguimiento de estos servicios se realiza con visitas de supervisión en las que se lleva a cabo el monitoreo de aspectos programáticos, infraestructura y personal así como de las actividades de información, educación y monitorización. El resultado de estas visitas es un informe que se remite a la Escuela en el INEN.

La supervisión de los proveedores capacitados se realiza en función del número de pacientes atendidas, el resultado de los exámenes practicados (proporción de casos normales, lesiones precancerosas y cáncer

invasivo identificados) y la aplicación de un test de verificación. La supervisión se efectúa habitualmente a los 6 meses del entrenamiento, aunque no existe un acuerdo sobre cuál es el mejor momento para llevarla a cabo, siendo este uno de los puntos a consensuar y estandarizar. El test de verificación contempla todos los pasos del procedimiento, calificándolos como “satisfactorio”, “no satisfactorio” o “no observado”. La *Tabla 6* muestra los pasos contemplados en la lista de verificación de habilidades clínicas y de orientación de IVAA y crioterapia.

Tabla 6. Pasos contemplados en la lista de verificación de habilidades clínicas y de orientación de IVAA y crioterapia

IVAA	Crioterapia
• Orientación previa a la IVAA	• Orientación previa a la crioterapia
• Preparación previa a la IVAA	• Preparación previa a la crioterapia
• Realización de la Inspección Visual	• Realización de la crioterapia
• Tareas posteriores a la IVAA	• Tareas posteriores a la crioterapia
• Orientación posterior a la IVAA	

Otra de las cuestiones que es necesario discutir y estandarizar son los requisitos que un proveedor debe cumplir para alcanzar la competencia. La *Tabla 7* muestra los criterios propuestos por el INEN.

El resultado este proceso se resume en una hoja de evaluación en la que se recoge el nombre del proveedor,

si aprobó el examen, el número de pacientes atendidas, el resultado del test de verificación y si alcanzó la competencia en IVAA o en crioterapia, según la técnica que se esté evaluando. La supervisión no es una actividad punitiva, sino un mecanismo de apoyo a los proveedores, mediante la identificación de los logros, los desafíos y las acciones correspondientes.

Tabla 7. Propuesta del INEN acerca de los requisitos que debe reunir un proveedor para alcanzar el nivel de competencia en IVAA y crioterapia.

IVAA	Crioterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Tamizar a 100 usuarias. • Completar los pasos del test de verificación. • Responder correctamente al 85% de la evaluación visual y preguntas. • Identificar los casos de cáncer cervicouterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a 7 pacientes. • Completar los pasos del test de verificación. • Realización de la crioterapia. • Tareas posteriores a la crioterapia. • Identificar correctamente el 85% de casos de lesiones precancerosas y de casos normales.

A continuación el Dr. Álvarez mostró las hojas de registro de resultados de la IVAA y crioterapia así como los formularios para el reporte diario y el consolidado mensual de la actividad asistencial (*Anexo 12*). Además puso a disposición de los participantes el banco de más de 2.000 imágenes de la Escuela Latinoamericana.

Perú cuenta actualmente con menos de 100 proveedores, pero es fundamental pensar cómo se van a realizar estas tareas de supervisión cuando se expanda el número de profesionales que brindan estos servicios y no sea factible realizar visitas de seguimiento a todos los centros. El desarrollo de mecanismos alternativos para la supervisión es uno de los grandes retos.



Fortalecimiento de la vigilancia y evaluación en IVAA y crioterapia. Sharon Kibwana, Oficial de programa, prevención del cáncer cervicouterino, Jhpiego.

Jhpiego tiene una larga trayectoria en el apoyo de los programas de cáncer cervicouterino en países de todo el mundo. Actualmente cuenta con proyectos activos en 10 países de África, Asia y América Latina.

La presentación de Sharon Kibwana se centró en mostrar la experiencia acumulada por Jhpiego en las actividades de monitorización y evaluación en diversos países. Dichas actividades tienen como finalidad mejorar la implementación y gestión del programa, apoyando la toma de decisiones al identificar brechas y encontrar soluciones. De este modo, se obtiene información clave para apoyar la abogacía, garantizar responsabilidades, asignar recursos con eficiencia y

medir el progreso hacia las metas establecidas.

Es muy importante planificar desde el principio cómo se va a realizar la monitorización y evaluación, al mismo tiempo que se planifican los cursos de capacitación y se revisan los recursos materiales necesarios para poner en marcha los servicios, y no después de haber iniciado las actividades de tamizaje y tratamiento. A continuación se mostraron y desarrollaron los componentes de lo

que podría ser un ejemplo de plan de monitorización y evaluación, distinguiendo los siguientes 4 pasos:

- » **Primer paso:** Desarrollar metas, objetivos e indicadores. Es fundamental desarrollar herramientas para la recogida de información antes de iniciar la capacitación de los proveedores. Este paso implica plantear las siguientes cuestiones clave: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Con qué frecuencia?, ¿Qué hacer con los resultados?
- » **Segundo paso:** Capacitar a los proveedores y al equipo de supervisión del Ministerio de Salud en cómo utilizar las herramientas que se han diseñado para la recogida de información, cómo obtener datos de calidad y cómo documentar los casos excepcionales.
- » **Tercer paso:** Consolidar la información una vez al mes, analizar los datos e identificar cuáles son los centros que no están alcanzando los estándares.
- » **Cuarto paso:** Realizar visitas de supervisión y apoyo para identificar las brechas, comprobar la calidad de los datos revisando la información recogida en un mes escogido al azar y comprobar los resultados comparándolos con los documentos originales de donde procede la información.

La *Tabla 8* muestra ejemplos de metas, objetivos e indicadores clave para la monitorización de los programas a nivel de distritos y de establecimientos de salud. Aunque no se disponga de recursos suficientes para recoger todos los indicadores que idealmente serían necesarios, es importante al menos planificarlos y tomarlos en consideración.

Gran parte de las herramientas para la recogida de información tienen un soporte en papel. En la mayoría de los proyectos, los datos de pacientes individuales son trasladados a un libro de registro y consolidados mensualmente en un formulario resumen que se vuelca a una base de datos.

Es fundamental disponer de datos de calidad: sin ellos, los indicadores son inservibles, por muy bien diseñados que estén y pueden conducir a decisiones incorrectas a nivel del programa. Por ello es muy importante corregir los posibles errores en el punto de recogida de

la información a nivel de los establecimientos de salud. Una estrategia clave para mejorar la calidad de los datos es conseguir que los proveedores entiendan el valor y la utilidad de la información que están recopilando. Para ello es muy importante proporcionarles una retroalimentación adecuada.

A continuación se presentaron algunas estrategias para mejorar la calidad de las actividades de monitoreo y evaluación:

- Organizar talleres de un día de duración sobre recogida de información y notificación. En la capacitación de IVAA y crioterapia no suele dedicarse mucho tiempo a la monitorización y evaluación, por lo que es muy útil realizar este tipo de talleres unos meses después del entrenamiento, con el fin de corregir errores antes de que se conviertan en un hábito difícil de cambiar.
- Realizar controles de calidad de la información, tanto a nivel de los establecimientos de salud como a nivel del programa. En este sentido son útiles las visitas de monitorización que también ofrecen una oportunidad para revisar y corregir errores con los proveedores.
- Jhpiego ha desarrollado un poster (*Anexo 13*) que muestra, de una forma muy visual, los datos recogidos, así como las tendencias o patrones, las brechas y los progresos hacia las metas y estándares establecidos. Este tipo de material ha sido empleado con éxito en Guyana, y es una herramienta muy útil para empoderar a los proveedores en el uso y la importancia de la información que registran.

Finalmente se resumieron las principales lecciones aprendidas sobre monitorización y evaluación:

- Es necesario planificar cómo se va a realizar la monitorización y evaluación al principio del programa.
- Es clave implicar al personal del Ministerio de Salud encargado de las tareas de supervisión, monitoreo y evaluación.
- Después del entrenamiento, es necesario hacer el seguimiento de cómo están recogiendo la información los proveedores capacitados.

- Es fundamental empoderar a los proveedores sobre el uso de la información que recogen para la toma de decisiones. El uso de gráficos de progreso es muy útil.
 - No sólo es necesario recoger información, sino también analizarla y compartir los resultados.
 - Las mujeres VIH positivas tienen una mayor probabilidad de presentar un resultado positivo a la IVAA y de ser derivadas a centros de atención especializada por lesiones extensas no elegibles para tratamiento con crioterapia.
 - La información sobre la correlación entre los resultados de la IVAA y el tratamiento antirretroviral y los niveles de CD4 será importante para la futura revisión de los protocolos de tratamiento y tamizaje de las mujeres VIH positivas.
- En relación a la prevención y control del cáncer cervicouterino en zonas con alta prevalencia de VIH, algunas lecciones aprendidas incluyen:

- Confirmar el estado serológico con respecto al VIH puede ser difícil.

Tabla 8. Ejemplos de metas objetivos e indicadores clave para la monitorización y evaluación.

META
“Aumentar el acceso a servicios de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino de calidad”
OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> » Los principales actores implicados colaboran para mantener un ambiente que facilite la introducción y expansión de los servicios. » Los establecimientos de salud brindan servicios de alta calidad. » Las comunidades diana tienen información exacta y oportuna acerca del acceso a los servicios.
INDICADORES CLAVE PARA LA MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE IVAA Y CRIOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres tamizadas con IVAA. • Porcentaje de mujeres tamizadas con un resultado IVAA positivo. • Porcentaje de mujeres IVAA positivo referidas por tener lesiones de gran tamaño. • Porcentaje de mujeres IVAA positivas referidas por sospecha de cáncer. • Porcentaje de mujeres IVAA positivas con lesiones elegibles para crioterapia que reciben este tratamiento de forma inmediata (tasa de abordaje en una sola visita). • Porcentaje de crioterapias retrasadas que se realizan en una segunda visita (tasa de seguimiento o su inverso, tasa de pérdidas de seguimiento). • Porcentaje de mujeres IVAA positivo en las que se realiza un LEEP como tratamiento de lesiones extensas. • Cobertura del tamizaje. • Número de centros de salud que ofrecen el servicio. • Número de proveedores capacitados.



La experiencia de Nicaragua. Lic Ana Cecilia Silva Ramírez. Coordinadora, componente de cáncer, Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención, Ministerio de Salud, Nicaragua.

La Lic. Ana Cecilia Silva, comenzó mostrando algunos datos generales sobre Nicaragua. El país cuenta con aproximadamente 5,8 millones de habitantes, de los que casi 3 millones son mujeres y más de 1,5 millones se encuentran en edad reproductiva.

La pobreza y la inequidad son prioridades para el gobierno, con metas claramente definidas en el plan nacional de desarrollo. Según estimaciones de Globocan, en el 2008 se registraron 414 muertes en Nicaragua por cáncer cervicouterino, situándose como una de las principales causas de mortalidad en el país.

En respuesta a esta situación epidemiológica, el Ministerio de Salud desarrolló un Plan estratégico nacional de control del cáncer en 2008. La estrategia “ver y tratar” fue inicialmente introducida como proyecto piloto en una unidad de salud del SILAIS de Rivas. Posteriormente, en el 2009, se elaboró un documento para la implementación de la IVAA y la crioterapia, con la participación de la sociedad civil. Sin embargo, el protocolo no fue publicado hasta el 2010, siendo necesarias jornadas de sensibilización

para vencer la resistencia de ciertos colectivos profesionales, principalmente ginecólogos y patólogos. En la actualidad, la IVAA y la estrategia “ver y tratar” sólo están siendo utilizadas en el contexto de proyectos demostrativos, con servicios en 22 unidades de salud de 10 SILAIS (Figura 7). Sólo se dispone de 34 equipos de crioterapia a nivel nacional, aunque este servicio se está incorporando en unidades móviles a través de brigadas integrales que forman parte del sistema de salud familiar y comunitaria.

La capacitación teórico-práctica en IVAA y crioterapia tiene una duración variable según la organización que imparte los cursos, aunque el Ministerio ha adoptado una capacitación estándar de 5 días de duración que se imparte en un hospital de referencia nacional en Managua. Por otra parte, se dispone de diferentes



Figura 7. Ubicación de la estrategia “ver y tratar” en Nicaragua.

modalidades para la monitorización y evaluación de estos servicios dada la escasez de recursos y por la diferente accesibilidad de los centros. Así, el seguimiento de los proveedores capacitados se realiza de forma mensual durante los primeros 3 meses, y después de forma bimensual hasta completar 6 meses y posteriormente al año. Esta monitorización se hace in situ con lista de verificación y monitoreo, y se refrescan los conocimientos como parte de la visita. Sin embargo hay lugares a los que no se puede acceder con la visita de supervisión hasta transcurridos 6 meses de la capacitación, ya que se cuenta con muy pocos facilitadores que puedan realizar esta actividad. Concretamente se dispone de 7 docentes a nivel nacional, de los cuales 4 han sido formados recientemente en la Escuela Latinoamericana del INEN de Perú. Adicionalmente se cuenta con el apoyo técnico de diversas organizaciones como PATH, Médicos del Mundo, Cultivando la Salud, ISLAS y el PINCC (Prevention International: No Cervical Cancer).

Como parte de la estrategia de monitoreo y evaluación, se han definido indicadores que son utilizados en los SILAIS en los que se realiza la estrategia. Se aplica una lista de verificación que permite monitorear la técnica de IVAA y el tratamiento con crioterapia y que sirve para proporcionar retroalimentación a los proveedores. El llenado de la ficha de IVAA también constituye una herramienta para la monitorización. La *Tabla 9* muestra algunos indicadores recogidos por los SILAIS que están desarrollando actividades de IVAA y crioterapia. La evaluación de los resultados se expone en foros de salud y se reporta a las direcciones de salud correspondientes. Además esta información está siendo incorporada a las evaluaciones semestrales del componente de cáncer.

Finalmente, la Lic. Silva, concluyó su presentación mostrando los principales retos a los que se enfrenta Nicaragua:

- Incluir las nuevas tecnologías para el tamizaje en la normativa de cáncer cervicouterino que se va a actualizar en el curso de este año. Se espera incorporar, no sólo la IVAA y la estrategia “ver y tratar”, sino también la prueba de ADN del VPH, de acuerdo con los resultados del proyecto demostrativo sobre esta forma de cribado que se está finalizando en un SILAIS.
- Mejorar y unificar el registro estadístico, de forma que se pueda lograr una evaluación objetiva y clara.
- Preparar a más recursos docentes para el monitoreo de la estrategia, con el objetivo de que estén presentes en todas las regiones.
- Capacitar a un mayor número de proveedores para compensar la migración del personal médico formado.
- Aumentar, con el apoyo de PATH y del INEN, el número de centros de excelencia, para que se disponga de uno por región.

En el segundo semestre del presente año se espera lograr la institucionalización de la IVAA y su uso a nivel nacional, aunque siempre en áreas priorizadas en función de la existencia de un acceso escaso o nulo a la citología.

Tabla 9. Indicadores para la monitorización y evaluación de los servicios de IVAA y crioterapia en los SILAIS, Nicaragua.

- » Cobertura de la población diana.
- » Positividad de la prueba de IVAA.
- » Porcentaje de mujeres IVAA positivas que se someten a colposcopia tras obtener un resultado de IVAA positivo.
- » Porcentaje de mujeres en las que se detectan lesiones precancerosas o cáncer y que completan un tratamiento adecuado.
- » Tasa de curación tras el tratamiento con crioterapia: porcentaje de mujeres IVAA negativas un año después de recibir crioterapia para las lesiones precancerosas detectadas.



La experiencia de Suriname. Dr. Antoon Grünberg, Ministerio de Salud de Suriname.

El Dr. Antoon Grünberg comenzó su exposición mostrando algunos datos generales sobre Suriname, antigua colonia holandesa que logró la independencia en 1975. Se trata de un país con medio millón de habitantes, en el que conviven múltiples etnias, lenguas, religiones y culturas.

La mayor parte de la población se concentra en la capital, Paramaribo. Según estimaciones de Globocan, las tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad ascienden a 27,2 y 11,1 por 100.000 mujeres, respectivamente. La mayoría de las muertes por cáncer cervicouterino se registran en mujeres de origen criollo, javanés y maroon.

Los primeros esfuerzos organizados para la prevención del cáncer cervicouterino en Suriname se remontan al período 1998-2001, con el Proyecto Nacional de Citología, diseñado con el objetivo de tamizar al 75% de una población diana estimada de 80.000 mujeres de 20 a 54 años. Este proyecto se desarrolló en colaboración con los Servicios de Salud Regionales (proveedores de servicios de atención primaria en las zonas costeras), la Misión Médica (proveedores de servicios de atención primaria en el interior), ginecólogos, patólogos, la Asociación de Planificación Familiar de Suriname y la Universidad de Leiden en Holanda. A continuación se resumen los principales resultados del programa:

- La población diana real, fue de 99.896 mujeres, considerablemente superior a la estimación inicial de 80.000.
- Se logró una cobertura del 38% en lugar del 75% planteado como objetivo.
- Un 1,3% de las citologías realizadas tuvieron un resultado anormal.
- 449 mujeres fueron referidas para tratamiento y sólo un 34,5% lo recibieron, lo cual supone pérdidas de seguimiento del 65,5%.

En conclusión, el desempeño de la citología fue insatisfactorio (1,3% de resultados anormales en una

población de alto riesgo), la tasa de tratamiento inaceptablemente baja y las pérdidas de seguimiento excesivamente elevadas. Estos malos resultados, motivaron la búsqueda de un método alternativo que permitiera la detección temprana del cáncer cervicouterino y el tratamiento adecuado y oportuno de las lesiones precancerosas identificadas. Se trataba de aumentar la confiabilidad de la prueba de tamizaje y desarrollar la capacidad de ofrecer un tratamiento adecuado sin demoras. Para ello se plantearon dos estudios de investigación en el que todas las mujeres fueron tamizadas con IVAA y citología, de forma que a las mujeres IVAA positivas y elegibles para tratamiento con crioterapia se les realizaba una biopsia previa al tratamiento, y las no elegibles eran derivadas para evaluación por el ginecólogo. También eran referidas para evaluación las mujeres IVAA negativas con resultado citológico anormal. En el primer estudio, 1.519 mujeres fueron tamizadas con IVAA y citología en los distritos de Sipaliwini y Brokopondo, con un ratio de IVAA positivas/citología anormal de 2,7. De las 94 biopsias estudiadas procedentes de mujeres IVAA positivas con lesiones elegibles para crioterapia, un 81% fueron positivas. En un segundo estudio realizado en 1.910 mujeres de los distritos de Nickerie y Sipaliwini, el ratio de positividad a IVAA/citología fue de 9,7 con un 89,4% de resultados anormales en las 277 biopsias tomadas a mujeres IVAA positivas con lesiones tratables con crioterapia. La *Tabla 10* compara los resultados del Programa Nacional de Citología con los del estudio de la estrategia “ver y tratar” en los distritos de Nickerie y Sipaliwini.

A la vista de los resultados obtenidos, la IVAA se posiciona como una prueba más confiable, cuyos resultados son inmediatos, mucho más barata, y que, en áreas remotas, evita retrasos en el tratamiento.

Tabla 10. Comparación de los resultados del Programa Nacional de Citología de Suriname (1998-2001) y del estudio de “ver y tratar” en Nickerie y Sipaliwini.

	Programa Nacional de Citología	Estudio de “Ver y tratar” en Nickerie y Sipaliwini
Cobertura de tamizaje (%)	38,1	63,7
Porcentaje de citologías con un resultado anormal	1,3	1,6
Porcentaje de positividad de la IVAA	NA	15,5
Porcentaje de tratamiento	34,5	95,5
Costo por paciente tratada (euros)	7.100	361

Nota: NA: No aplicable

Discusión: Lecciones aprendidas y cuestiones de interés acerca de la monitorización y evaluación.

Tras las presentaciones sobre monitorización y evaluación, se plantearon los siguientes puntos en la sesión plenaria:

- » Se destacó el papel de la monitorización y la evaluación en el proceso de institucionalización de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” y la necesidad de establecer instrumentos de medición e indicadores estandarizados que permitan la comparación de resultados entre países. En este sentido existe una muy buena experiencia en la región con el trabajo de estandarización desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) en relación a la monitorización y evaluación de mortalidad materno infantil.
- » En la mayoría de los países de la región, ya existen sistemas de información para diversas enfermedades y mecanismos para la monitorización y evaluación de la citología, por lo que resulta un reto introducir nuevos esquemas de evaluación. En este sentido, lograr que el Ministerio de Salud del país incluya indicadores sobre IVAA confiere solidez institucional al proceso.
- » Es importante incluir contenidos sobre el mantenimiento y uso de los equipos en el sistema de evaluación y monitorización.
- » Colombia presentó un curso virtual disponible a través del Instituto Nacional de Cancerología, diseñado para proporcionar a los profesionales que se van a entrenar en IVAA y crioterapia una formación previa para que se incorporen a la capacitación con un nivel similar de conocimientos. Además se está construyendo un banco de imágenes para hacer un examen virtual mensual a los proveedores, de forma que las visitas de supervisión se prioricen en función de los resultados de este examen.

Control de calidad

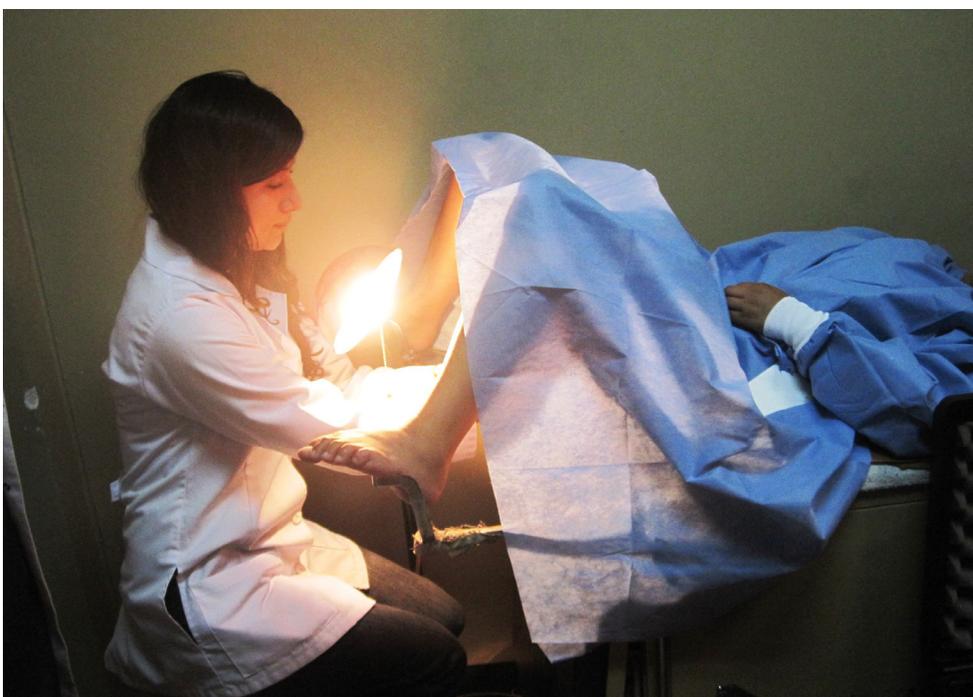
Durante la sesión moderada por la Dra. Nathalie Broutet, se presentó y discutió la propuesta borrador de la OMS para la estandarización de la garantía de calidad en IVAA y crioterapia. Se revisaron las diferentes secciones del documento, y se recogieron los comentarios y sugerencias de los participantes. A continuación se resumen las principales aportaciones:

- » Se propuso que la guía sobre control de calidad sea incluida como un módulo del documento “*Control Integral del Cáncer Cervicouterino: Guía de prácticas esenciales*”, en estos momentos en proceso de actualización. Se sugirió la incorporación de módulos adicionales, incluyendo estimación de costos, supervisión, monitorización y evaluación.
- » Se sugirió modificar la estructura del documento,

de forma que la introducción se centre en definir qué es el control de calidad y por qué es necesario.

- » Se indicó la importancia de especificar que las recomendaciones de la guía deben ser adaptadas por los países de acuerdo a sus respectivas normativas para la prevención y el control del cáncer.
- » Se propuso incorporar contenidos sobre la calidad desde la perspectiva de la comunidad y de las mujeres, en términos de satisfacción con los servicios.

Finalmente, se acordó incorporar los cambios sugeridos y circular el nuevo borrador entre los participantes para una segunda revisión.



Participante de un curso de capacitación en IVAA y crioterapia realizado en Antigua, Guatemala, durante el período de prácticas.

Discusión en sesión plenaria sobre próximos pasos

Una vez finalizadas las mesas redondas sobre experiencias de los países, capacitación, monitorización y evaluación, y revisada la propuesta de la OMS para el control de calidad, se dedicó la segunda parte de la última jornada del taller a una sesión plenaria sobre próximos pasos. En este espacio se discutieron estrategias para armonizar abordajes y se alcanzaron acuerdos acerca de cómo proceder para lograr el fortalecimiento de la IVAA y la crioterapia en los programas de salud pública de los países de la región. A continuación se resumen las principales cuestiones abordadas de acuerdo a los siguientes grandes bloques: a) aspectos generales; b) capacitación y supervisión; c) recursos materiales; y d) monitorización y evaluación.

A. ASPECTOS GENERALES

- » Dentro de la región existe una gran heterogeneidad en cuanto al nivel de implementación de la IVAA y la estrategia “ver y tratar”. Algunos países tienen un gran recorrido y muchas lecciones aprendidas, mientras que otros se encuentran en una fase muy inicial. Por ello se plantearon las siguientes propuestas:
 - Establecer un grupo de expertos de los países con más experiencia en la región que puedan guiar el proceso en los países que están empezando a introducir estas técnicas.
 - Facilitar el intercambio de experiencias y propiciar la cooperación sur-sur con la posibilidad de visitas presenciales.
- » Se propuso la creación de una comunidad de práctica virtual para discutir los grandes temas relacionados con la IVAA y la estrategia “ver y tratar”: educación, procedimientos, calidad, monitoreo y evaluación, costos y sostenibilidad. Se discutió la posibilidad de utilizar el SharePoint del taller como plataforma inicial para compartir los recursos y las herramientas disponibles.
- » Se discutió la necesidad de mejorar la sistematización de experiencias con el objetivo de fortalecer y fomentar la cooperación sur-sur. Se planteó la posibilidad de identificar experiencias, establecer un grupo encargado de desarrollar una metodología de trabajo y solicitar a los países participantes que proporcionen la información necesaria. Sería un producto que podría presentarse en una reunión de seguimiento el próximo año. UNFPA expresó su interés en la movilización de recursos en este sentido, así como en el establecimiento de un menú de opciones para cada uno de los componentes (capacitación, monitorización, evaluación).
- » Se insistió en la importancia de las actividades de abogacía, negociación y establecimiento de alianzas con todas las partes implicadas en la prevención del cáncer cervicouterino previa a la introducción de la IVAA y la crioterapia, a fin de evitar o minimizar la resistencia de algunos grupos profesionales (principalmente ginecólogos y patólogos).
- » Los países y organizaciones participantes estuvieron de acuerdo en proponer la celebración de una reunión de seguimiento dentro de un año para medir avances en los puntos discutidos a lo largo del taller.

B. CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN

- » Se destacó la importancia del trabajo preparatorio que los países deben realizar antes de comenzar la fase de capacitación en IVAA y crioterapia:
 - Definir con claridad la estrategia del país: ubicación de los servicios, perfil profesional de los proveedores, necesidades de equipamiento e insumos.
 - Realizar en la fase preparatoria un ejercicio de estimación de costos.

- » Existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad de utilizar herramientas virtuales para:
 - Preparar a los profesionales antes del curso presencial de forma que tengan un nivel de conocimientos previos homogéneo y se maximice el uso del tiempo en la capacitación.
 - Facilitar la evaluación y el seguimiento de los proveedores capacitados.
 - Colombia ya ha desarrollado un curso virtual de estas características, y PATH ofreció apoyo para facilitar el desarrollo de esta herramienta virtual como un recurso regional.
 - Desarrollar un banco de imágenes para uso a nivel regional.

- » Es necesario lograr que la academia se involucre en la capacitación. Para ello sería interesante compartir lecciones aprendidas por países con experiencias exitosas tales como Guatemala.

- » Se solicitó que Bolivia compartiera el currículo de educación y promoción de la salud presentado durante el taller.

- » En relación a los contenidos de los cursos de capacitación en IVAA y crioterapia, se resaltó la importancia de:
 - Incluir contenidos sobre la relación profesional-paciente para superar las barreras que pueden surgir en la prestación de servicios.
 - Adaptar la capacitación a las necesidades de los países y de los diferentes perfiles profesionales.
 - Adecuar los contenidos a las particularidades culturales de cada contexto.

- » En relación a la supervisión de los proveedores capacitados, algunos aspectos que requieren estandarización y acuerdo a nivel regional son:
 - Establecer cuál es el momento más adecuado para realizar la visita de supervisión a los proveedores capacitados.
 - Estandarizar el número de mujeres tamizadas con IVAA y tratadas con crioterapia en base al cual se debe evaluar la competencia del proveedor.

- » La UICC ha desarrollado un listado de materiales disponibles para la capacitación en la prevención y el control del cáncer cervicouterino con enlaces que permiten acceder y descargar estos materiales.

- » Se propuso trabajar para mejorar la encuesta preparatoria al taller y completar la información que los países han aportado.

C. RECURSOS MATERIALES

En relación a los recursos materiales, los temas más relevantes han sido:

- » Se plantearon las especificaciones técnicas necesarias para guiar la adquisición de equipos e insumos:
 - **Ácido acético:** Se planteó cuáles son las especificaciones técnicas que debe reunir el ácido acético que se utiliza para la inspección visual. Algunas organizaciones como Jhpiego recomiendan utilizar ácido acético ya preparado en lugar de diluirlo para reducir el margen de error. Basic Health International indicó que encargan el ácido acético a la concentración deseada y lo compran directamente a la fábrica, siendo el precio muy asequible. Por último, la OMS ha mantenido discusiones acerca de estas especificaciones técnicas y la recomendación es que se entrene a los proveedores en cómo obtener la concentración adecuada de ácido acético.
 - **Equipos de crioterapia:** La OMS ha desarrollado un documento que será publicado próximamente en el que se especifican las características que deben tener los equipos de crioterapia con el fin de facilitar su adquisición por los gerentes de programas.
- » Se discutió la posibilidad de realizar compras de equipamiento a mayor escala para negociar mejores precios y mecanismos para el mantenimiento de los equipos.
- » Se expuso la necesidad de ubicar los equipos estratégicamente cuando no es posible disponer de crioterapia en todos los centros en los que se ofrece tamizaje mediante IVAA. En este sentido surgió en reiteradas ocasiones la pertinencia y costo-efectividad del uso de unidades móviles.
- » Una preocupación generalizada fue la dificultad existente para el mantenimiento de los equipos. En ocasiones incluso resulta necesario enviarlos al extranjero porque no hay posibilidades de reparación en el país. En este sentido fue muy interesante la experiencia Jhpiego en Mozambique, donde los equipos de crioterapia habían sido adquiridos en Estados Unidos y el fabricante organizó entrenamientos a distancia de los técnicos del Ministerio para instalar la capacidad de mantenimiento en el país.

D. MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN

- » Se destacó la necesidad de establecer cuáles son los requerimientos mínimos necesarios para la evaluación, monitorización y supervisión de la IVAA y la crioterapia, con las siguientes consideraciones:
 - Sobre la base de estos requerimientos mínimos, cada país podrá adaptar y desarrollar contenidos, en función de sus características y necesidades.
 - Disponer de una metodología estandarizada permitirá la comparación de resultados.
 - El desarrollo de las actividades de monitorización y evaluación no sólo implica la definición de indicadores sino el análisis, interpretación y aplicación de los resultados para que se traduzcan en una mejora continua de la calidad y un instrumento para la toma de decisiones.
- » La necesidad de integración de los servicios es importante en el componente de sistemas de información (indicadores relacionados con VIH, salud materno-infantil).
- » Se propuso compartir experiencias con sistemas de información fáciles de utilizar así como formatos de registro de información ya desarrollados. Basic Health El Salvador puso a disposición de los participantes el sistema

de información digital que han desarrollado y que fue presentado en la mesa redonda de monitorización y evaluación.

» Se planteó la importancia de hacer un esfuerzo para fortalecer los registros de cáncer en los países.

E. PRIORIDADES IDENTIFICADAS

Finalmente, como conclusión de la sesión plenaria, los países identificaron como prioritarios los siguientes próximos pasos:

1. Designar o constituir un grupo de expertos de los países más avanzados de la región que puedan guiar el proceso en los países que se encuentran en una fase más inicial.
2. Adaptar la herramienta virtual de Colombia como un recurso regional con el apoyo de PATH.
3. Utilizar el SharePoint del taller como plataforma inicial para compartir los recursos y herramientas disponibles y proponer la creación de una comunidad práctica virtual.
4. Sistematizar experiencias con el objetivo de fortalecer y fomentar la cooperación sur-sur. UNFPA expresó su interés en apoyar este proyecto.
5. Establecer el mínimo de requerimientos necesarios para los componentes de evaluación, monitorización y supervisión de los proveedores formados, sobre el que los países puedan trabajar en función de sus circunstancias y necesidades.
6. Celebrar una reunión de seguimiento dentro de un año para medir los avances alcanzados.

RESULTADOS

El Taller, a través de las mesas redondas, las discusiones en plenario y las enriquecedoras aportaciones de los participantes, ha permitido lograr los siguientes resultados:

- » Profundizar en el conocimiento de la evidencia científica disponible sobre el tamizaje con IVAA, el tratamiento con crioterapia y el abordaje “ver y tratar”.
- » Conocer las experiencias y lecciones aprendidas por las organizaciones socias y los programas de salud pública de los países de la región acerca del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia, incluyendo estrategias para la educación y captación de mujeres en riesgo.
- » Compartir las herramientas y recursos disponibles en la región para la capacitación, supervisión, control de calidad, monitorización y evaluación de los servicios de IVAA y crioterapia.
- » Establecer y/o fortalecer alianzas entre países y con las organizaciones socias que faciliten la introducción e institucionalización de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.
- » Identificar prioridades y propuestas de acción a corto plazo para estandarizar los abordajes para la capacitación, supervisión, control de calidad, monitorización y evaluación de los servicios de IVAA y crioterapia en los programas de salud pública.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones derivadas de la reunión son:

- » La evidencia científica a favor de las técnicas de inspección visual para el tamizaje del cáncer cervicouterino y el uso de crioterapia para el tratamiento de las lesiones precancerosas elegibles identificadas es clara y está bien establecida. Además se dispone de evidencia científica suficiente para impulsar el uso de la estrategia “ver y tratar” consistente en tamizar con IVAA y tratar con crioterapia en una consulta única, como abordaje para minimizar las pérdidas de seguimiento y reducir las barreras que dificultan el acceso a la evaluación colposcópica especializada.
- » La experiencia de las organizaciones socias y el trabajo de los Ministerios de Salud de los países participantes demuestra que la implementación de estos abordajes en los programas de salud pública de la región resulta factible.
- » Los países participantes con menor experiencia en el uso de estas estrategias han mostrado gran interés, motivación y entusiasmo por incorporarlas a sus programas de prevención del cáncer cervicouterino y así mejorar su efectividad e impacto.
- » Al tratarse de una prueba subjetiva dependiente de la interpretación del proveedor, los componentes de capacitación, supervisión, control de calidad, evaluación y monitorización son esenciales. En este sentido se dispone en la región de numerosos materiales y herramientas validados que pueden ser utilizados como punto de partida para la estandarización a nivel regional y el establecimiento de los requerimientos mínimos deseables para cada uno de los elementos citados.
- » Una de las principales barreras identificadas en la introducción de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” ha sido la resistencia de determinados grupos profesionales, por lo que es importante realizar un trabajo previo de sensibilización y abogacía con la participación de todas las partes implicadas en la prevención del cáncer cervicouterino.
- » La disponibilidad de equipos de crioterapia de calidad y con un sistema de mantenimiento adecuado resulta un desafío para la mayoría de los países. Es deseable establecer mecanismos para obviar la gran variabilidad de los precios entre países, garantizar que los equipos reúnan unos requisitos mínimos de calidad, instalar la capacidad para su mantenimiento en el país y planificar en función de la demanda prevista para garantizar la disponibilidad de crioterapia al menos en centros ubicados estratégicamente.

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon: IARC; 2010. [Accedido 01/07/2010]. [URL:http://globocan.iarc.fr/](http://globocan.iarc.fr/).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia regional y plan de acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS; 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia_Regional_Plan_Accion_OPS_Cacu_Esp.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. Nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino: desde la evidencia científica a la planificación de programas. Informe de la Reunión Subregional de América Latina sobre Prevención de Cáncer Cervicouterino. Panamá, 2 y 3 de junio del 2010. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/informe_panama_sp.pdf.

ANEXOS

- Anexo 1** Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de todas las edades de América Latina y el Caribe según países.
- Anexo 2** Agenda del Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia.
- Anexo 3** Lista de participantes.
- Anexo 4** Encuesta sobre la experiencia con estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia.
- Anexo 5** Plan de acción para la implementación de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Escuela Latinoamericana de cáncer de cérvix, INEN, Perú.
- Anexo 6** Lista de mobiliario, insumos y equipos necesarios para la implementación de un consultorio de IVAA y crioterapia. Escuela Latinoamericana de cáncer de cérvix, INEN, Perú.
- Anexo 7** Informe de visitas de seguimiento a los centros de salud proporcionando servicios de IVAA y crioterapia. Escuela Latinoamericana de cáncer de cérvix, INEN, Perú.
- Anexo 8** Cronograma ejemplo de un curso de IVAA y crioterapia, Jhpiego.
- Anexo 9** Muestra del formulario de registro para la prevención del cáncer cervicouterino, Jhpiego.
- Anexo 10** Formulario de registro para la inspección visual con ácido acético, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.
- Anexo 11** Registro diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.
- Anexo 12** Formularios para el consolidado mensual de la actividad asistencial de IVAA y crioterapia, Jhpiego.
- Anexo 13** Resultados a la vista. Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, Jhpiego.

Anexo 1

Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de todas las edades de América Latina y el Caribe según países.

PAÍS	Casos nuevos	Tasa de incidencia ajustada por edad	Muertes	Tasa de mortalidad ajustada por edad
Argentina	3996	17,5	1809	7,4
Bahamas	31	17,6	17	9,5
Barbados	38	20,8	21	9,9
Belice	33	29,6	17	15,3
Bolivia	1422	36,4	638	16,7
Brasil	24562	24,5	11055	10,9
Canadá	1419	6,6	544	1,9
Chile	1478	14,4	721	6,6
Colombia	4736	21,5	2154	10
Costa Rica	403	17,5	158	6,7
Cuba	1603	23,1	684	8,9
República Dominicana	1299	29,7	591	13,7
Ecuador	1666	27,1	832	13,3
El Salvador	1145	37,2	563	18,2
Guyana Francesa	27	29,1	10	11,7
Guadalupe	-	12,3	-	5,4
Guatemala	1530	30,5	717	15,2
Guyana	161	44,7	74	20,5
Haití	568	23,9	353	10,1
Honduras	1014	37,8	490	19,7
Jamaica	624	45,7	292	20,2
Martinica	-	17,4	-	3,7
México	10186	19,2	5061	9,7
Nicaragua	869	39,9	414	20,6
Panamá	426	25,3	211	12,6
Paraguay	864	35	407	16,6
Perú	4446	34,5	2098	16,3
Puerto Rico	209	7,5	89	2,8
Suriname	66	27,2	27	11,1
Trinidad y Tobago	125	15,8	93	11,5
Estados Unidos	11069	5,7	3869	1,7
Uruguay	348	16,5	159	6,8
Venezuela	656	31,4	198	14,4

Notas: Tasa ajustada por edad: Medida resumen de la tasa que tendría una población si contara con una determinada estructura de edad. La estandarización es necesaria cuando se van a comparar varias poblaciones con diferencias en cuanto a la edad, puesto que la edad tiene una gran influencia sobre el riesgo de cáncer.

Fuente: Globocan 2008. Disponible en URL:<http://globocan.iarc.fr/>

Anexo 2

AGENDA

1 de junio del 2011

8:00 am	REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES
9:00 am	CEREMONIA DE APERTURA: <i>Dr. Ludwig Ovalle Cabrera.</i> Ministro de Salud de Guatemala <i>Dr. Pier Paolo Balladelli.</i> Representante de OPS/OMS en Guatemala
9:30 am	SESIÓN INFORMATIVA SOBRE SEGURIDAD EN GUATEMALA Departamento de Seguridad de Naciones Unidas
9:45 am	INTRODUCCIÓN: Tamizaje del cáncer cervicouterino basado en IVAA y crioterapia. Objetivos y resultados esperados del taller. <i>Dra. Macarena Pérez.</i> OPS
10:00 am	Abordaje integral de la prevención del cáncer cervicouterino. Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. <i>Dra. Nathalie Broutet.</i> OMS
10:15 am	Discusión
10:30am	PAUSA PARA EL CAFÉ
11:00am	EXPERIENCIAS de los países: Introducción de las experiencias de los países en el uso de IVAA y la crioterapia. <i>Dr. Erick Álvarez.</i> Ministerio de Salud. Guatemala.
11:15am	<u>Mesa redonda:</u> Experiencias en los países de la Región. Moderador: <i>Dr. Erick Álvarez</i>
11:30am	• Experiencia en Guatemala. <i>Dr. Erick Álvarez,</i> Ministerio de Salud. Guatemala.
11:45am	• Experiencia en Bolivia. <i>Dra. Lizeth Soraide,</i> Ministerio de Salud y Deportes Bolivia.
12:00pm	• Experiencia en Guyana. <i>Dr. Narine Singh,</i> Servicio Regional de Salud.
12:30pm	Discusión. Lecciones aprendidas y experiencias de otros países. Conclusiones
1:00pm	ALMUERZO

Anexo 2

2:00 pm	CAPACITACIÓN:
2:15 pm	Visión general y retos de la capacitación en IVAA y crioterapia. <i>Dr. José Jerónimo. PATH.</i> <u>Mesa redonda:</u> Abordajes y metodologías para la capacitación: Moderador: <i>Dr. José Jerónimo.</i>
2:30 pm	<ul style="list-style-type: none">• La experiencia en Guatemala. <i>Dr. Erick Álvarez. Ministerio de Salud. Guatemala.</i>
2:45 pm	<ul style="list-style-type: none">• Metodología para la capacitación. Como poner en marcha las habilidades adquiridas en los cursos. <i>Dr. Carlos Santos. Centro de capacitación del INEN (Lima).</i>
3:00 pm	<ul style="list-style-type: none">• Enfoque Basado en Competencias para la Capacitación en IVAA y Crioterapia. <i>Dra. Verónica Reis. JHPIEGO.</i>
3:30 pm	Discusión acerca de cuestiones y lecciones aprendidas en relación a la capacitación. Conclusiones.
4:00pm	PAUSA PARA EL CAFÉ
4.30 pm	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESTRATEGIAS PARA CAPTAR A LAS MUJERES EN EDAD DE RIESGO
4:45 pm	Importancia de la movilización e implicación de la comunidad para aumentar la participación de las mujeres. <i>Dra. August Burns. Grounds for Health</i>
5:00 pm	Promoción de la Salud, papel de los promotores de salud en los programas basados en IVAA. <i>Lic. Haydee Padilla. OPS Bolivia</i> Preguntas y respuestas
5.30pm	Cierre

Anexo 2

2:00pm	Discusión sobre cómo armonizar el abordaje de la capacitación, el control de la calidad y la evaluación y monitorización. <i>Moderador: Dra. Macarena Pérez. OPS.</i>
3:30pm	PAUSA PARA EL CAFÉ
4.00pm	Acuerdos acerca de cómo proceder para garantizar una alta calidad de los servicios de IVAA y crioterapia en los programas de cáncer cervicouterino.
4:45pm	Conclusiones y próximos pasos. <i>Dra. Macarena Pérez. OPS.</i>
5.00pm	Cierre

Anexo 2

2 de junio del 2011

8:30 am	REVISIÓN de las discusiones y resultados del primer día <i>Dra. Macarena Pérez Castells. OPS.</i>
8:45 am	RESULTADOS de las encuestas. Situación actual de los programas de IVAA y crioterapia en cada país. <i>Dra Elisa Prieto. OPS.</i>
9:00 am	CONTROL DE CALIDAD Abordaje y propuesta de la OMS para la estandarización de la garantía de calidad (OMS). <i>Dra. Nathalie Broutet, OMS.</i>
9:30 am	Preguntas y respuestas. Discusión sobre las experiencias y “feed back” de los participantes sobre la propuesta de garantía de calidad.
10:00 am	Conclusiones.
10:30am	PAUSA PARA EL CAFÉ
11:00 am	MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN Visión general y retos para la monitorización y evaluación en IVAA y crioterapia. <i>Dr. Mauricio Maza. Basic Health.</i>
11:15 am	<u>Mesa redonda:</u> Estrategias de monitorización y evaluación Moderador: <i>Dr. Mauricio Maza.</i>
11:30 am	<ul style="list-style-type: none">Seguimiento y evaluación de competencias y capacitación profesional. <i>Dr. Manuel Álvarez. Centro de capacitación del INEN (Lima).</i>
11:45 am	<ul style="list-style-type: none">Fortalecimiento de la vigilancia y evaluación en IVAA y crioterapia. <i>Sharon Kibwana. JHPIEGO.</i>
12:00 pm	<ul style="list-style-type: none">La experiencia en Nicaragua. <i>Lic Ana Cecilia Silva. Ministerio de Salud de Nicaragua.</i>
12:15 pm	<ul style="list-style-type: none">La experiencia en Suriname. <i>Dr. Antoon Grunberg. Ministerio de Salud de Suriname</i>
12:30 pm	Discusión y Conclusiones.
1:00 pm	ALMUERZO

Anexo 3

LISTA DE PARTICIPANTES

Bolivia

Dra. Lizeth Soraide Iriarte
Programa Salud Sexual y Reproductiva
Ministerio de Salud y Deportes
mireilosi@hotmail.com

Colombia

Dra. Omaria Isabel Roldan Sánchez
Profesional Especializada
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de la Protección Social
oroldan@minproteccionsocial.gov.co

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Coordinadora Grupo Planificación y Gestión
de Programa de Prevención
Instituto Nacional de Cancerología
cwiesner@cancer.gov.co

El Salvador

Dra. Zulma Argentina Calderón de Cabrera
Médica Ginecóloga-Obstetra
Unidad de Salud de Verapaz
Ministerio de Salud
zulmitacal@gmail.com

Dr. Guido Camilo Larrave
Colaborador Técnico
Unidad de Atención Integral e Integrada en
Salud Sexual y Reproductiva
Ministerio de Salud
guidolarrave@yahoo.com.mx

Guatemala

Dra. Miriam Bethancourt
Coordinadora Programa Nacional de Salud
Reproductiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
coordinaciónpnsr@gmail.com

Dr. Erick Álvarez
Responsable Componente de Cáncer
Cervicouterino
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
componentecancer@yahoo.com

Dra. Mirna Montenegro Rangel
Secretaría Técnica Observatorio en Salud
Sexual y Reproductiva, OSAR
Guatemala
Mirnam.rangel@gmail.com

Dra. Rebeca Guizar Ruiz
Coordinadora Observatorio de Salud Sexual
Y Reproductiva OSAR - ISDM
guizarruiz@yahoo.com

Dra. Ana Lucía Garcés
Subdirectora
Una Voz Contra el Cáncer
Instituto de Salud
anagarces@insalud.org

Dra. Sarah Schwalter
Pasante,
Programa Nacional de Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Sarah.h.schwalter@uth.tmc.edu

Guyana

Dr. Narine Singh
Director Servicio Regional de Salud
Ministerio de Salud
drnarinesingh@yahoo.com

Honduras

Dra. Rosa María Duarte
Jefa, Programa Nacional de Prevención y
Control de Cáncer, Secretaria de Salud
duarte2000sl@yahoo.com

Anexo 3

Lic. Aída Codina
Enfermera Coordinadora
Componente Cáncer Cérvico Uterino
Secretaría de Salud
aidagilda@hotmail.com

Nicaragua

Lic. María Auxiliadora Rodríguez
Enfermera Centro de Salud de Quilalí
Ministerio de Salud
marh2405@yahoo.es

Lic. Ana Cecilia Silva Ramírez
Coordinadora, Componente Cáncer
Dirección General de Extensión y Calidad de
La Atención
Ministerio de Salud
cacuma@minsa.gob.ni

Paraguay

Dra. Gladys Aquino Orrego
Jefa del Programa Nacional de Prevención y
Detección Precoz y Tratamiento de Cáncer
Cervicouterino y de Mamas
Ministerio de Salud
gaquino@hotmail.com

Dra. Amada Rodríguez
Directora-Médica Departamento de Patología
Cervical, Hospital San Pablo
Ministerio de Salud
hsp_docencia@hotmail.com

Perú

Dr. Javier Manrique
Director Ejecutivo
Promoción de la Salud, Prevención y Control
Nacional del Cáncer
Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas
Ministerio de Salud Pública
jmanriqueh@terra.com

Dr. Carlos Santos Ortiz
Director Técnico
Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas
c_santos_o@yahoo.com

Dr. Manuel Álvarez
Jefe del Departamento de Ginecología
Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas
malvarez_cr3@hotmail.com

República Dominicana

Dr. Wilson Mejía
Jefe Programa de Prevención del Cáncer
Cervicouterino
Ministerio de Salud
Wmejia67@hotmail.com

Suriname

Dra Lilly Olmtak
Ginecóloga-Obstetra
Ministerio de Salud
soekhlal@sr.net

Dr. Antoon Grunberg
Programa de Salud Reproductiva
Ministerio de Salud
awgrunberg@gmail.com

Basic Health International

Dra. Miriam Cremer
Presidente, Basic Health Internacional
Magee Women's Hospital Pennsylvania, USA
cremerm@mail.magee.edu

Dr. Mauricio Maza
Director Médico, Basic Health Internacional
El Salvador
mm_aza@basichealth.org

Anexo 3

Dra. Dalia Saravia

Supervisora de Programas, Basic Health International, El Salvador

drasaravia@gmail.com

Grounds for Health

Ms. A. August Burns

Directora Ejecutiva, Grounds for Health Vermont, USA

august@groundsforhealth.org

Dra. Barinia Osejo

Coordinador de Proyectos, Grounds for Health, Nicaragua

barinia@groundsforhealth.org

IPPF/WHR

Dr. Sergio Penagos

Representante IPPF

Director Ejecutivo APROFAM Guatemala

spenagos@aprofam.org.gt

JHPIEGO

Dra. Sharon Kibwana

Oficial de Programa, CECAP, JHPIEGO Maryland, USA

skibwana@jhpiego.net

Dra. Veronica Dos Reis

Asesora Senior RH, JHPIEGO, Brasil

vreis@jhpiego.net

Dr. Enriquito R. Lu

Technical Director, JHPIEGO, Baltimore, Maryland, USA

rlu@jhpiego.net

PATH

Dr. José Jerónimo

Director Asociado, Salud Reproductiva, PATH

jjeronimo@path.org

UNFPA

Dr. Rene Alberto Castro

Oficial Nacional de Programa, UNFPA Bolivia

recastro@unfpa.org

Dr. Alejandro Silva

Oficial Nacional de Programa, UNFPA, Guatemala

asilva@unfpa.org

Dra. Hilda Rivas Pereira

Consultora, Salud Reproductiva, UNFPA Guatemala

hrivas@unfpa.org

Dra. Darlene Omeir

Oficial Nacional de Programa, UNFPA, Nicaragua

Omeir@unfpa.org

Dra. Alma Virginia Camacho

Asesora Regional SSR, UNFPA Panamá

vcamacho@unfpa.org

Organización Mundial de la Salud

Dra. Nathalie Broutet

Oficial Médico

Programa de Salud Sexual y Reproductiva, OMS

broutet@who.int

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Pier Paolo Balladelli

Representante Oficina de la OPS/OMS-Guatemala

pwr@gut.ops-oms.org

Dr. Daniel Frade

Oficina de la OPS/OMS-Guatemala

fradedan@gut.ops-oms.org

Anexo 3

Lic. Silvana Luciani

Proyecto de Prevención y Control de
Enfermedades Crónicas

OPS/OMS-Washington, D.C.

lucianis@paho.org

Dr. Haydée Padilla

Oficina de la OPS/OMS-Bolivia

hpadilla@bol.ops-oms.org

Dra. Macarena Pérez Castells

Proyecto de Prevención y Control de
Enfermedades Crónicas

OPS/OMS - Washington, D.C.

peremari@paho.org

Dra. Elisa Prieto Lara

Proyecto de Prevención y Control de
Enfermedades Crónicas

OPS/OMS - Washington, D.C.

prietoel@paho.org

Sra. Carmen Ruano

Oficina de la OPS/OMS-Guatemala

carmenr@gut.ops-oms.org

Dr. Hans Salas

Oficina de la OPS/OMS-Guatemala

salash@gut.ops-oms.org

Anexo 4

REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA CON ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICUTERINO MEDIANTE TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) Y TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA

PAÍS:

Datos de contacto de la persona responsable de cumplimentar la encuesta

Nombre y apellidos:	
Posición:	
Función que desempeña en relación a las actividades de IVAA/crioterapia:	
<input type="checkbox"/> Responsable del programa de cáncer cervicouterino	
<input type="checkbox"/> Capacitación de proveedores de IVAA/crioterapia	
<input type="checkbox"/> Supervisión y control de calidad de IVAA/crioterapia	
<input type="checkbox"/> Monitorización y evaluación de IVAA/crioterapia	
<input type="checkbox"/> Otras (especificar):	
Correo electrónico:	
Número de teléfono:	
Fecha de realización de la encuesta:	/ /

La presente revisión ha sido elaborada como un instrumento de recogida de información básica con el objetivo de conocer cómo se están organizando las actividades de tamizaje mediante Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y la estrategia “ver y tratar” (tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia en una única consulta) en países de la región de las Américas.

El cuestionario consta de dos partes. En la primera parte se exploran cuáles son los retos y las oportunidades que ofrecen la IVAA y la estrategia “ver y tratar” así como cuáles son las expectativas del país en relación al Taller que se celebrará próximamente en Guatemala. En la segunda parte, se recoge información sobre IVAA y la estrategia “ver y tratar” de acuerdo a las siguientes secciones: I. Regulación y normativa; II. Actividad asistencial; III. Recursos humanos y capacitación; IV. Recursos materiales; V. Control de calidad, evaluación y monitorización; VI. Asistencia y cooperación técnica.

PRIMERA PARTE

RETOS, OPORTUNIDADES Y EXPECTATIVAS SOBRE EL TALLER

1. ¿Cómo se utiliza el tamizaje con IVAA en su país?:

- Como parte del programa de cáncer cervicouterino a nivel nacional
- Como parte del programa de cáncer cervicouterino en áreas seleccionadas con escaso o ningún acceso a citología
- Es utilizada sólo en el contexto de proyectos demostrativos
- Es utilizada sólo por Organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- Es utilizada sólo en el sector privado

Comentarios adicionales:

2. ¿Cómo se utiliza la estrategia “ver y tratar” en su país?:

- Como parte del programa de cáncer cervicouterino a nivel nacional
- Como parte del programa de cáncer cervicouterino en áreas seleccionadas con escaso o ningún acceso a citología
- Es utilizada sólo en el contexto de proyectos demostrativos
- Es utilizada sólo por Organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- Es utilizada sólo en el sector privado

Comentarios adicionales:

3. **En su opinión, ¿cuáles son las principales ventajas que presenta la IVAA frente a otras formas de tamizaje del cáncer cervicouterino? ¿en qué medida ha contribuido la introducción de la IVAA a mejorar el impacto del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en su país?**
4. **En su opinión, ¿cuáles son las principales ventajas que presenta la estrategia “ver y tratar” frente a otras formas de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino? ¿en qué medida ha contribuido la introducción de la estrategia “ver y tratar” a mejorar el impacto del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en su país?**
5. **En su opinión, ¿cuáles son los principales retos que plantea la introducción de la IVAA en el contexto de un programa nacional de prevención y control de cáncer cervicouterino? ¿cuáles han sido las iniciativas puestas en marcha en su país para afrontar estas dificultades?**
6. **En su opinión, ¿cuáles son los principales retos que plantea la introducción de la estrategia “ver y tratar” en el contexto de un programa nacional de prevención y control de cáncer cervicouterino? ¿cuáles han sido las iniciativas puestas en marcha en su país para afrontar estas dificultades?**

Anexo 4

7. **¿Planea su país para escalar la utilización de IVAA?**

- Si
- No

En caso afirmativo, indicar de qué forma:

8. **¿Planea su país para escalar la utilización de la estrategia “ver y tratar”?**

- Si
- No

En caso afirmativo, indicar de qué forma:

9. **¿De qué forma pueden las organizaciones internacionales contribuir a la implementación de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar” en su país?**

- Contribuyendo al desarrollo de un curriculum de formación en la IVAA/estrategia “ver y tratar” en el país
- Apoyando la capacitación de proveedores de la IVAA/estrategia “ver y tratar”
- Contribuyendo al proceso de supervisión/formación continuada de los proveedores capacitados
- Apoyando el diseño de un sistema para el control de calidad, monitorización y evaluación de la IVAA/ estrategia “ver y tratar” en el contexto del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino
- Proporcionando herramientas y materiales para la implementación de la IVAA/ estrategia “ver y tratar”

Comentarios adicionales:

10. **¿Cuáles son sus expectativas para el Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino con IVAA y tratamiento con crioterapia que se celebrará en Guatemala el próximo 1 y 2 de junio del 2011?**

Anexo 4

SEGUNDA PARTE IVAA y ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”

SECCIÓN I. REGULACIÓN Y NORMATIVA

1. **En su país, ¿forma parte el tamizaje con IVAA de la normativa nacional para el tamizaje del cáncer cervicouterino?:**

- Sí
- No

En caso afirmativo, adjuntar las guías

2. **En su país, ¿forma parte la estrategia “ver y tratar” de la normativa nacional para el tamizaje del cáncer cervicouterino?:**

- Sí
- No

En caso afirmativo, adjuntar las guías

3. **En relación la tamizaje con IVAA y a la estrategia “ver y tratar”, ¿cuenta su país con un responsable para la capacitación de proveedores, el control de calidad, la evaluación y monitorización y el control del cumplimiento de la normativa vigente?**

- Sí
- No

En caso afirmativo, indicar:

- Nombre:
- Posición:
- Organización/institución a la que pertenece:

4. **En su país, ¿cuáles son las fuentes de financiación previstas para la puesta en marcha y sostenibilidad del tamizaje con IVAA? ¿y para la estrategia “ver y tratar”?**

- Presupuesto de salud del país
- Fondos de donantes
- Combinación de fondos del país y de donantes

5. **¿Qué tipo de personal sanitario está autorizado para realizar IVAA según la normativa del país? (marque tantas opciones como necesite)**

- Ginecólogos
- Médicos generales
- Personal de enfermería
- Matronas/parteras
- Promotores de salud
- Otros (especificar):

Anexo 4

6. **¿Qué tipo de personal sanitario está autorizado para realizar tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia en una única consulta (estrategia “ver y tratar”) según la normativa del país? (marque tantas opciones como necesite)**

- Ginecólogos
- Médicos generales
- Personal de enfermería
- Matronas/parteras
- Promotores de salud

Otros (especificar):

7. **¿En qué tipos de establecimientos de salud está autorizado el tamizaje con IVAA? (marque tantas opciones como necesite)**

- Establecimientos de salud del primer nivel de atención
- Establecimientos de salud del segundo nivel de atención
- Otros (especificar):

Comentarios adicionales:

8. **¿En qué tipo de establecimientos de salud está autorizada la estrategia “ver y tratar”? (marque tantas opciones como necesite)**

- Establecimientos de salud del primer nivel de atención
- Establecimientos de salud del segundo nivel de atención
- Otros (especificar):

Comentarios adicionales:

9. **¿En qué grupo de edad se indic a la utilización de IVAA/Crioterapia? ¿Cuál es la frecuencia de tamizaje recomendada?**

10. **¿Se dispone de algoritmos para la realización de IVAA y el seguimiento de resultados anormales? En caso afirmativo, adjuntar.**

- Si
- No

11. **¿Cuál es el circuito que siguen las mujeres con un resultado positivo tras la realización de IVAA?**

- Tratamiento en el misma consulta con crioterapia de las lesiones elegibles según criterios establecidos (estrategia “ver y tratar”) y derivación a colposcopia de las mujeres con lesiones no elegibles para crioterapia
- Todas las mujeres con un resultado IVAA positivo son derivadas a colposcopia para toma de biopsia y evaluación histológica previa al tratamiento

Comentarios adicionales:

12. **¿Cuál es el protocolo de seguimiento para las mujeres con un resultado IVAA positivo que son tratadas con crioterapia según la estrategia “ver y tratar”?**

Anexo 4

SECCIÓN II. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

13. Según áreas geográficas/regiones del país, ¿cuál es el número de centros que está realizando actualmente el tamizaje con IVAA?

Área geográfica/ región	2006	2007	2008	2009	2010	2011

Nota: Indicar para cada año, el número de centros que incluye la realización de IVAA en su cartera de servicios. Puede añadir tantas filas como precise.

Comentarios adicionales:

14. Según áreas geográficas/regiones del país, ¿cuál es el número de centros que está utilizando actualmente la estrategia “ver y tratar”?

- La estrategia “ver y tratar” está siendo implementada en los mismos centros y desde el mismo año que el tamizaje con IVAA

Área geográfica/ región	2006	2007	2008	2009	2010	2011

Nota: Indicar para cada año, el número de centros que incluye la realización de IVAA en su cartera de servicios. Puede añadir tantas filas como precise.

Comentarios adicionales:

15. ¿Cuál es el número de mujeres que han sido tamizadas con IVAA en el último año según áreas geográficas/regiones?

Área geográfica/región	Número de mujeres tamizadas con IVAA	Número de mujeres elegibles para el tamizaje con IVAA

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

16. ¿Cuál es el promedio de mujeres IVAA positivas?

17. ¿Cuál es el número de mujeres con IVAA positivo que han sido tratadas con crioterapia en el último año según áreas geográficas/regiones?

Área geográfica/región	Número de mujeres tratadas con crioterapia	Número de mujeres elegibles para el tratamiento con crioterapia

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

Anexo 4

18. **¿Cuál es el número de mujeres con IVAA positivo que han sido derivadas para evaluación especializada mediante colposcopia en el último año?**

Si se dispone de esta información según área geográfica/región, especificar:

Área geográfica/región	Número de mujeres derivadas a colposcopia

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

19. **¿Cuál es el porcentaje de mujeres con IVAA positivo que han sido perdidas en el seguimiento?**

Anexo 4

SECCIÓN III. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN

20. ¿Quién es responsable de la capacitación de proveedores de IVAA/crioterapia?

- El Ministerio de Salud, mediante un programa de formación propio
- El Ministerio de Salud, a través de organizaciones colaboradoras
- Organizaciones internacionales

En caso de contar con el apoyo de una organización, especificar cuál/cuáles:

21. ¿Quién imparte los cursos de capacitación?

22. ¿Cómo se realiza la capacitación de proveedores de IVAA/crioterapia?

Organización que proporciona la capacitación:
Título del curso:
Duración del curso Horas teoría: Horas práctica:
Perfil de los participantes:
Nº de alumnos por curso:
Nº de formadores por curso:
Contenidos del curso:
Metodología utilizada:
Mecanismo de evaluación de los alumnos:

23. ¿Se cuenta con un sistema de acreditación de los proveedores de IVAA/crioterapia? ¿En qué consiste la acreditación y cuál es su vigencia? ¿A través de qué organismo y/o institución académica se lleva a cabo la acreditación?

24. ¿Cuál es el número de proveedores de IVAA/Crioterapia que se han capacitado en los últimos 3 años, según categoría profesional?

Anexo 4

Año	Tipo de capacitación	Ginecólogos	Médicos generales	Enfermería	Matronas/ Parteras	Promotores de salud
2008	IVAA					
	“Ver y tratar”					
	Educación y comunicación					
2009	IVAA					
	“Ver y tratar”					
	Educación y comunicación					
2010	IVAA					
	“Ver y tratar”					
	Educación y comunicación					
2011 (1 ^{er} semestre)	IVAA					
	“Ver y tratar”					
	Educación y comunicación					

25. ¿Cuál es el número de profesionales capacitados que actualmente desarrolla actividades de IVAA/crioterapia?
26. ¿Cuál es el número de profesionales que se espera capacitar en los próximos 1-2 años?
27. ¿Existe un mecanismo para la formación continuada de los proveedores de IVAA/crioterapia? ¿En qué consiste? ¿Cada cuánto tiempo deben realizar los proveedores estos cursos recordatorios?
28. ¿Cuál es el número de proveedores de IVAA/Crioterapia capacitados que han recibido cursos recordatorios y con qué frecuencia?
29. ¿Cuál es el número de profesionales capacitados que nunca ha realizado IVAA/crioterapia una vez completada su formación? ¿Cuáles son las principales razones que han motivado esta situación?
30. ¿Se dispone de un curso para el entrenamiento de entrenadores?
 - Si
 - No

Comentarios adicionales:

31. ¿Cómo se realiza el entrenamiento de entrenadores?

Organización que proporciona la capacitación:
Título del curso:
Duración del curso Horas teoría: Horas práctica:
Perfil de los participantes:
Nº de alumnos por curso:
Contenidos del curso:
Metodología utilizada:
Mecanismo de evaluación de los alumnos:

Anexo 4

SECCIÓN IV. RECURSOS MATERIALES

32. ¿Cuál es el tipo/s de aparato/s de crioterapia que se utiliza/n en su país? Indicar fabricante y distribuidor
33. ¿Cuál es el tipo de gas refrigerante que utilizan los equipos de crioterapia del país (N₂O o CO₂)? ¿Existen dificultades para garantizar el suministro de gas? En caso afirmativo especificar
34. ¿Cuál es el número de equipos de crioterapia disponibles? ¿Cuál es el rendimiento de dichos equipos?
35. ¿Se cuenta con un sistema para garantizar el mantenimiento de los equipos?
36. En su país, ¿cuál es el coste mensual aproximado del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia en un centro sanitario?

El anexo 1 proporciona un listado de equipamiento y suministros necesarios para la realización de IVAA/ Crioterapia que pueden facilitar la estimación de costes.

Anexo 4

SECCIÓN V. CONTROL DE CALIDAD, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN

37. **¿Cómo se garantiza en su país la calidad del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia?**

38. **¿Se han definido indicadores para la evaluación y la monitorización de la IVAA/crioterapia?**

- Sí
- No

En caso afirmativo, adjuntar.

39. **¿Se recogen y monitorizan algunos de los siguientes indicadores?**

- Cobertura de la población diana (porcentaje de las mujeres elegibles de la población diana que se han realizado al menos una prueba de IVAA en un período de entre 3 y 5 años según el intervalo de tamizaje establecido por el país)
- Positividad de la prueba de IVAA (Porcentaje de mujeres en las que se informa IVAA positivo o cáncer invasor)
- Conformidad con la colposcopia (Porcentaje de mujeres IVAA positivas que se someten a colposcopia tras obtener un resultado de IVAA positivo)
- Tasa de detección de lesiones precancerosas (Número de lesiones precancerosas detectadas por 1.000 mujeres sometidas a IVAA en un período de 12 meses)
- Conformidad con el tratamiento (Porcentaje de mujeres en las que se detectan lesiones precancerosas o cáncer y que completan un tratamiento adecuado)
- Tasa de curación tras el tratamiento con crioterapia (Porcentaje de mujeres IVAA negativas un año después de recibir tratamiento con crioterapia para las lesiones precancerosas detectadas)

40. **¿Existe un responsable del control de la calidad?**

- Sí
- No

41. **¿Con qué periodicidad está prevista la evaluación y la monitorización?**

42. **¿Se recogen los resultados de la evaluación y la monitorización en un informe?**

- Sí
- No

En caso afirmativo, adjuntar.

43. **¿Se dispone de un sistema de información que proporcione los datos necesarios para la construcción de los indicadores y la evaluación y la monitorización?**

44. **¿Cómo se utiliza la información proporcionada por la evaluación y monitorización para la mejora continua de la calidad del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia?**

Anexo 4

SECCIÓN VII. ASISTENCIA Y COOPERACIÓN TÉCNICA

45. ¿Recibe su país cooperación/asistencia técnica de organizaciones en relación al tamizaje con IVAA y la estrategia “ver y tratar”?

- Sí
- No

En caso afirmativo, completar la siguiente tabla con información referente al tipo de organización/institución y el tipo de cooperación y asistencia técnica que ofrece al país.

Organización/Institución	Tipo de cooperación técnica	Año de inicio de la cooperación técnica	Financiación

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

46. ¿Tiene algún comentario adicional acerca de la implementación de IVAA/criterapia en su país?

Anexo 4

ANEXO I. EQUIPAMIENTO Y SUMINISTROS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DE IVAA/CRIOTERAPIA

En la tabla que se muestra a continuación se propone un listado de suministros y equipamiento necesarios para la realización de IVAA/crioterapia, sobre el que usted puede hacer las modificaciones necesarias añadiendo o eliminando artículos de acuerdo a la realidad de su país. Junto a cada artículo figura un espacio para que complete la cantidad aproximada que se consume por mes (en algunos artículos no aplica al requerirse una compra única) y el precio unitario.

Equipo	Cantidad por mes	Precio por unidad
Bombona de gas refrigerante		
Pistola de crioterapia o criosonda		
Regulador		
Puntas de sonda		
Funda de plástico		
Tapón de goma		
Manguito flexible para conectar el regulador a la unidad de crioterapia		
Otros		
Suministros clínicos	Cantidad por mes	Precio por unidad
Espéculos		
Pinzas portaesponjas		
Bolas de algodón		
Envases (tazas de plástico) para ácido acético al 5%		
Otros		
Soluciones clínicas	Cantidad por mes	Precio por unidad
Ácido acético al 5%		
Solución salina isotónica		
Otros		
Otros suministros	Cantidad por mes	Precio por unidad

Anexo 5

PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Escuela Latinoamericana del Cáncer de Cérvix, INEN, Perú

Período:

Establecimiento de salud:

Responsable:

Actividades	Responsable	Apoyo/ Recursos necesarios	Plazo	Comentarios
INFRAESTRUCTURA E INSUMOS				
ACTIVIDADES DE EIC ORIENTADA A LA COMUNIDAD (PROMOCIÓN DE SALUD)				
FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE IVAA Y CRIOTERAPIA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD				

Anexo 6

Lista de mobiliario, insumos y equipos necesarios para la implementación de un consultorio de IVAA y crioterapia.

Escuela Latinoamericana del Cáncer de Cérvix, INEN, Perú.

IVAA	Cantidad deseada por consultorio
Camilla ginecológica	01
Ácido acético (vinagre) 3-5%	depende del uso
Espéculo de Graves	08 (5 medianos y 3 grandes)
Algodón	05 rollos/Mes por establecimiento
Hisopos de gasa	02 cajas / Mes
Banquito con ruedas	01
Fuente de iluminación (lámpara flexible “cuello de cisne” con foco 100 watts) o linterna	01
Cronómetro digital o reloj de pared	01
Sábanas para camilla ginecológica	03
Sábana de goma para cubrir las camas	02
Baldes de plástico para desinfección	02, uno para agua jabonosa, otro para instrumentos en hipoclorito de sodio (Jik)
Recipientes de plástico (“tachos”)	01
Guantes	02 pares
Guantes descartables de látex	1,800 (3 cajas de 50/caja) por mes
Desinfectante de cloro (Jik), Hipoclorito de sodio 0.5%	Depende del uso
Coche con ruedas (coche para colocar instrumental de IVAA - Crioterapia)	01
Bolsas plásticas de bioseguridad	01 paquete de 100 /mes
Detergente en polvo	02 grandes

Crioterapia	Cantidad deseada por consultorio
Unidad de crioterapia (incluye dos puntas)	01
Tanque con dióxido de carbono u óxido nitroso	01
Llave mecánica para ajustar la conexión de gas	01

Anexo 7

INFORME DE VISITAS DE SEGUIMIENTO A LOS CENTROS DE SALUD PROPORCIONANDO SERVICIOS DE IVAA Y CRIOTERAPIA

SECCIÓN I: DETALLES DE LA VISITA

Fecha de la visita:	
Nombre del Establecimiento de Salud:	
Región:	Distrito:
Responsable de supervisión:	
Persona contactada :	

SECCIÓN II: PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE MONITOREO, TRATAMIENTO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Anexo 7

A. MONITOREO DEL PROGRAMA			
	SI	NO	N/A
1. a) ¿El centro ofrece IVAA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "Si"			
b) ¿con que frecuencia se ofrece?			
2. a) ¿El centro ofrece Crioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "Si"			
b) ¿con que frecuencia se ofrece?			
c) ¿Se ofrece inmediatamente después de un resultado positivo de IVAA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Revise los registros clínicos/libros de registro y compárelos con los informes mensuales.			
a) ¿Existe alguna inconsistencia en los registros o alguna discrepancia en los informes mensuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "Si",			
b) Describa la inconsistencia o la discrepancia:			
4. ¿Cuántas mujeres entre 30 y 50 años se hicieron IVAA durante los últimos ___ meses?(no incluya el presente mes)			
5. ¿De las mujeres entre 30 y 50 años tamizadas con IVAA, cuántas de ellas fueron IVAA positivas (en el mismo periodo que se detalla en la pregunta 4)?			
a) Calcula la positividad:			
<u>IVAA positivas (respuesta a pregunta 5)</u>			
Total tamizada con IVAA (respuesta 4)			
6. De las mujeres IVAA positivas entre 30 y 50 años ¿Cuántas recibieron crioterapia (en el mismo periodo que se detalle en la pregunta 4)?			
a) Calcula el porcentaje que reciben crioterapia:			
<u>Número que recibieron crioterapia (respuesta a pregunta 6)</u>			
IVAA positivas (respuesta a pregunta 5)			
7. ¿Existe un registro de seguimiento de las mujeres que recibieron la crioterapia?			
8. ¿Existe un registro de seguimiento de las mujeres referidas para tratamiento?			

B. INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y PERSONAL			
	SI	NO	N/A
¿Cuenta el centro con un área privada para el monitoreo del cáncer cervical y actividades de tratamiento (IVAA y crioterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta el centro con una camilla ginecológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe iluminación disponible para el monitoreo (por ejemplo, una linterna o lámpara)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el centro suficientes espéculos (por ejemplo, el número de espéculos disponibles no limita la capacidad de proveer servicios de IVAA y crioterapia en un día cualquiera)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe una provisión adecuada de ácido acético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe un instrumento de crioterapia y gas refrigerante para el tratamiento con crioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay doctores capacitados para IVAA y crioterapia en caso sean necesarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay obstetrices capacitadas para IVAA y crioterapia en caso sean necesarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ACTIVIDADES IEC			
	SI	NO	N/A
¿Existen materiales de promoción de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En promedio, ¿cuántas sesiones educativas u otros eventos de movilización fueron llevados a cabo en la comunidad cada mes durante los últimos 6 meses?			

Anexo 7

En promedio, ¿cuántas sesiones educativas u otros eventos de movilización fueron llevados a cabo en el hospital o centro de salud cada mes durante los últimos 6 meses?			
En promedio, ¿cuántas mujeres fueron informadas a través de actividades de promoción cada mes durante los últimos 6 meses?			
¿Los promotores utilizan material IEC en las sesiones educativas y otras actividades en la comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN III: RESÚMEN DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIA DE LOS PROVEEDORES CLÍNICOS EN UN CENTRO DE SALUD

Instrucciones: Listar todos los proveedores observados durante la visita en el siguiente cuadro.

Nótese:

- Se alcanza la competencia en IVAA cuando el proveedor:

-Tamizo a 100 usuarias.

-Completó cada paso de la lista de verificación de IVAA.

-Respondió de manera correcta al 85% de evaluaciones visuales y preguntas de manejo de pacientes.

-Identifico todos los casos de cáncer invasivo de manera correcta a través del examen de láminas.

- Se alcanza la competencia en crioterapia cuando el proveedor:

-Proporcionó tratamiento de crioterapia a 5 usuarias.

-Completó cada paso de la lista de verificación de crioterapia de manera satisfactoria.

-Identifico de manera correcta el 85 % de casos precancerosas y normales, y los puntos de decisión.

Nombre del proveedor	PARA TODOS LOS PROVEEDORES DE IVAA					SOLO PARA LOS PROVEEDORES DE CRIOTERAPIA		
	Evaluación Visual 85 %: Correcta IVAA negativos, positivos y conducta terapéutica. (S/N)	Evaluación Visual : Casos de cáncer invasivo identificados de manera correcta. (S/N)	Número total de pacientes tamizados con IVAA hasta la fecha.	Completó cada paso de la lista de verificación de IVAA de manera satisfactoria (S/N)	Alcanzó competencia en IVAA (S/N)	Número total de pacientes tratados con crioterapia hasta la fecha.	Completó cada paso de la lista de verificación de crioterapia de manera satisfactoria (S/N)	Alcanzó competencia en crioterapia (S/N)

Anexo 7

SECCIÓN IV: RESÚMEN DE SUPERVISIÓN A LAS CONCLUSIONES DE LAS VISITAS

A. LOGROS

Por favor listar:

B. DESAFÍOS

Porfavor listar:

C. ACCIONES IDENTIFICADAS EN BASE A LO QUE SE DESCRIBE EN LAS SECCIONES "A" Y "B"(CON LA PERSONA RESPONSABLE Y LA FECHA PARA LA CUAL SE COMPLETARÁ LA ACCIÓN)

Por favor listar :

Anexo 7

SECCIÓN V: RESÚMEN DE SUPERVISIÓN AL PROVEEDOR
A. COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA PROVEEDOR
1. Nombre del proveedor:
2. Número de pacientes tamizadas con IVAA hasta la fecha:
3. Resultados de la prueba:
4. Porcentaje de casos normales y precancerosos identificados de manera correcta:
5. Todos los casos de cáncer invasivo identificados de manera (S/N):
6. Completó de manera satisfactoria cada paso de la lista clínica de IVAA (S/N):

COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA PROVEEDOR DE CRIOTERAPIA:
1) Número de pacientes tratados con crioterapia hasta la fecha:
2) Completó de manera satisfactoria cada paso de la lista clínica de Crioterapia (S/N):

LISTA DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES CLÍNICAS	
<p>Instrucciones: Coloque una “S” (satisfactorio) en el recuadro de casos de realizarse el paso/tarea satisfactoriamente, una “I” (Insatisfactorio) si no se realiza satisfactoriamente, o “N/O” si no se observó.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio: Realiza el paso o tarea de conformidad con las pautas o el procedimiento estándar. • No Satisfactorio: Incapaz de realizar el paso o tarea de conformidad con las pautas o el procedimiento estándar. • No Observado: Paso, tarea o habilidad no desempeñada por el participante durante la evaluación hecha por el capacitador clínico. 	
LISTA DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES CLÍNICAS Y DE ORIENTACIÓN EN IVAA PASO/TAREA	PROVEEDORES
A. ORIENTACIÓN PREVIA A LA IVAA	
1) Salud de a la mujer con respeto y amabilidad.	
2) Si no se ha realizado orientación sobre el tamizaje para detectar cáncer, oriente a la paciente antes de realizar el examen pélvico (IVAA).	
3) Determine si la mujer ha decidido que le realicen una IVAA.	
4) Evalúe los conocimientos de la mujer sobre la IVAA	
5) Responda a las necesidades e inquietudes de la mujer sobre la IVAA.	
6) Describa el procedimiento y qué esperar de él.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
B. PREPARACIÓN PREVIA A LA IVAA	
1) Asegúrese de que los instrumentos, suministros y la fuente de luz están disponibles y listos para usar.	
2) Verifique que la mujer haya evacuado la vejiga y, de ser necesario, que se haya lavado y enjuagado el área genital.	
3) Pídale que se desvista de la cintura para abajo. Ayúdela a subirse a la mesa de exámenes y cúbrala.	
4) Lávese las manos minuciosamente y séqueselas. Palpe el abdomen.	
5) Póngase, en ambas manos, guantes para exámenes nuevos o guantes quirúrgicos sometidos a una desinfección de alto nivel. Si lo hay disponible, póngase un segundo guante en una mano.	

Anexo 7

6) Disponga el instrumental y los suministros en una bandeja o recipiente sometido a una desinfección de alto nivel.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
C. INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO	
1) Inspeccione los genitales externos y controle el orificio uretral y las glándulas de Skene y Bartolino.	
2) Inserte el espéculo y ajústelo a fin de poder ver todo el cuello uterino claramente. Si utiliza un guante externo, sumerja esta mano en una solución de cloro al 0,5% y quítese el guante invirtiéndolo. - Si desecha el guante, colóquelo en un recipiente a prueba de filtraciones en una bolsa de plástico. - Si se va a reutilizar el guante quirúrgico, sumérjalo en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.	
3) Mueva la fuente de luz para poder ver el cuello uterino claramente.	
4) Examine el cuello uterino para detectar cervicitis, ectropión, tumores, quistes de Naboth o úlceras y si es necesario limpie el cuello uterino con un hisopo de algodón. Deseche el hisopo.	
5) Identifique el orificio externo del cuello uterino, la UEC y la zona de transformación.	
6) Aplique ácido acético diluido al cuello uterino y espere 1 minuto. Deseche el hisopo.	
7) Verifique si el cuello uterino sangra con facilidad. Verifique si hay placas blancas levantadas o engrosadas o epitelio acetoblanco.	
8) Elimine cualquier resto de ácido acético del cuello uterino y la vagina con un hisopo. Deseche el hisopo.	
9) Extraiga el espéculo. - Si la IVAA fue negativa, colóquelo en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo. - Si la IVAA fue positiva, coloque el espéculo en una bandeja o recipiente.	
10) Realice el examen bimanual y el examen rectovaginal (si está indicado).	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
D. TAREAS POSTERIORES A LA IVAA	
1) Limpie la fuente de luz con una solución de cloro al 0,5% o alcohol.	
2) Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes invirtiéndolos. - Si desecha los guantes, colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico. Los guantes deben ser desechados si se realizó un examen rectovaginal. - Si se va a reutilizar los guantes quirúrgicos, sumérjalos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos.	
3) Lávese las manos minuciosamente y séquelas.	
4) Si la IVAA fue negativa, pídale a la mujer que se vista.	
5) Registre los resultados de la IVAA y otros hallazgos en el registro de la mujer.	

Anexo 7

6) Converse con la mujer sobre los resultados de la IVAA y el examen pélvico y responda todas las preguntas.	
7) Si la IVAA fue negativa, dígame cuándo tiene que volver para repetir la IVAA.	
8) Si la IVAA fue positiva o se sospecha cáncer, hable sobre los siguientes pasos que se recomiendan.	
9) Después de la orientación, brinde tratamiento o refiera.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
E. ORIENTACIÓN POSTERIOR A LA IVAA	
1) Asegúrele a la mujer que puede regresar en cualquier momento si necesita orientación o atención médica.	
2) Proporciónale las instrucciones para el seguimiento.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	

1. LISTA DE VERIFICACIÓN DE HABILIDADES CLÍNICAS Y DE ORIENTACIÓN EN CRIOTERAPIA PASO/TAREA	PROVEEDORES
A. ORIENTACIÓN PREVIA A LA CRIOTERAPIA	
1) Explicar porqué se recomienda el tratamiento y describa el procedimiento.	
2) Verifique que si la mujer está embarazada tenga menos de 20 semanas de gestación.	
3) Infórmele sobre los efectos secundarios que puede esperar y de las alternativas a la crioterapia.	
4) Pídale a la mujer su consentimiento para el tratamiento	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
B. PREPARACIÓN	
1) Asegúrese de que los instrumentos, suministros y la fuente de luz están disponibles y listos para usar sometido a una desinfección de alto nivel.	
2) Verifique que el instrumento para la crioterapia y el gas (CO2) están listos para usar.	
3) Informe a la mujer sobre lo que se va a hacer y aliéntela a formular preguntas	
4) Verifique que la mujer haya evacuado la vejiga recientemente (30 minutos), ayúdela a subirse a la mesa de exámenes y cúbrala.	
5) Lávese las manos minuciosamente y séquelas.	
6) Póngase, en ambas manos, guantes para exámenes nuevos o guantes quirúrgicos sometidos a una desinfección de alto nivel. Si lo hay disponible, póngase un segundo guante en una mano.	
7) Disponga el instrumental y los suministros en una bandeja o recipiente sometido a una desinfección de alto nivel.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
C. CRIOTERAPIA	

Anexo 7

<p>1) Inserte el espéculo y ajústelo a fin de poder ver todo el cuello uterino claramente. Si utiliza un guante externo, quíteselo de la mano izquierda invirtiéndolo.</p> <p>- Si desecha el guante, colóquelo en un recipiente a prueba de filtraciones en una bolsa de plástico.</p> <p>- Si se va a reutilizar el guante quirúrgico, sumérjalo en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.</p>	
2) Mueva la fuente de luz para poder ver el cuello uterino claramente.	
3) Limpie el cuello uterino con un hisopo e identifique el orificio externo del cuello uterino, la UEC así como el lugar y el tamaño de la lesión. (de ser necesario, aplique ácido acético diluido). Deseche el hisopo.	
4) Apunte el aplicador al cielorraso. Presione el botón para congelar durante 1 segundo y luego el botón para descongelar durante 1 segundo. Atornille la punta del aplicador con la funda al extremo del aplicador.	
5) Coloque el aplicador sobre el cuello uterino, congele el cuello uterino durante 3 minutos. Espere que el aplicador se separe del cuello uterino.	
6) Espere 5 minutos. Repita el procedimiento (paso 5). Cierre la válvula del tanque maestro.	
7) Inspeccione el cuello uterino para detectar sangrado. Si es necesario, aplique presión utilizando un hisopo de algodón limpio. Deseche el hisopo.	
8) Extraiga el espéculo y colóquelo en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	
D. TAREAS POSTERIORES A LA CRIOTERAPIA	
1) Limpie la fuente de luz con una solución de cloro al 0,5% o alcohol.	
2) Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes invirtiéndolos. <p>- Si desecha los guantes, colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico.</p> <p>- Si se va a reutilizar los guantes quirúrgicos, sumérjalos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos.</p>	
3) Lávese las manos minuciosamente y séquelas.	
4) Asegúrese de que la mujer no esté muy acalabrada antes de incorporarse, bajarse de la mesa y vestirse.	
5) Informe a la mujer sobre la atención posterior al tratamiento y las instrucciones de seguimiento.	
6) Registre el tratamiento y el plan de seguimiento en el registro de la mujer.	
7) Haga que la mujer espere en el centro de salud al menos 15 minutos antes de enviarla a su casa.	
HABILIDAD/ACTIVIDAD DESEMPEÑADA SATISFACTORIAMENTE	

Anexo 8

Cronograma ejemplo de un curso de IVAA y crioterapia. Jhpiego.

Día1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
Clase Evaluación de conocimientos y habilidades Demostración	Breve sesión en clase Práctica Clínica Discusión de Casos	Breve sesión en Clase Práctica Clínica Discusión de Casos	Práctica Clínica Discusión de Casos	Evaluación de meados de curso Práctica Clínica Discusión de Casos	Sesión en clase Práctica Clínica
Almuerzo					
Sesión en Clase Práctica en Clase Resumen	Sesión en Clase Práctica en Clase Resumen	Sesión en Clase Práctica en Clase Resumen	Sesión en Clase Práctica en Clase Resumen	Evaluación de Imágenes Práctica en Clase Resumen	Plano Evaluación del taller Final del Curso
HW	HW	HW	HW	HW	

Anexo 9

Muestra del formulario de registro para la prevención del cáncer cervicouterino, Jhpiego.

Evaluación de la mujer que va a ser sometida a la IVAA

Figura 6-2. Muestra del formulario de registro para la prevención del cáncer del cuello uterino

HISTORIA REPRODUCTIVA

Edad _____ Paridad _____ • Actualmente embarazada (No. de semanas) _____

Anticonceptivo actual _____ Edad al momento del primer coito _____

Patrón de sangrado menstrual

- Regular (cada 23–35 días)
- Irregular _____
- Sangrado o manchas postcoitales

Historia de ETS

No. de parejas sexuales: _____ • Ha tenido una ETS

Paciente _____ Paciente _____

Cónyuge _____ Cónyuge _____

Factores de riesgo

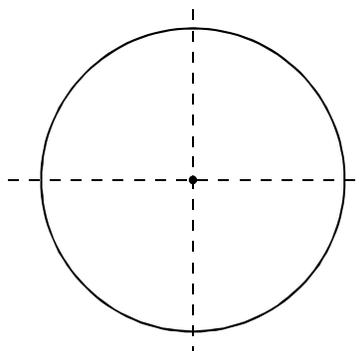
- Fumadora
- Papanicolaou anormal previo _____
- VIH/SIDA
- Madre o hermana(s) con cáncer del cuello uterino _____
- Uso crónico de corticoesteroides _____

EXAMEN

Vulva _____

Vagina _____

Cuello uterino _____



Examen bimanual

Útero _____

Anexos _____

Examen rectovaginal
(de estar indicado) _____

MANEJO

IVAA normal (Prueba negativa)

- Se orienta para que regrese en _____ años para hacerse otra prueba

Sospecha de ETS

- Tratada _____
- Referida _____

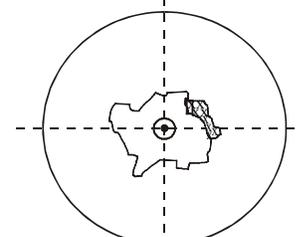
IVAA anormal (Prueba positiva)

- Se la orienta sobre el riesgo del cáncer del cuello uterino y las opciones de tratamiento
- Acepta el tratamiento recomendado
- Se le brinda tratamiento
 - Crioterapia (se proveen instrucciones)
 - Otro tratamiento (se proveen instrucciones) _____
- Fecha de la próxima visita _____

REFERIR POR:

- Sospecha de cáncer del cuello uterino
- Lesión que se extiende a las paredes de la vagina
- Lesión de > 75%
- Embarazo (> 20 semanas)
- Lesión de > 2 mm más allá del aplicador de crioterapia, incluyendo la punta del mismo
- Referida para evaluación o tratamiento adicional

Ejemplo de mapa del cuello uterino



Borde de la unión escamo-columnar

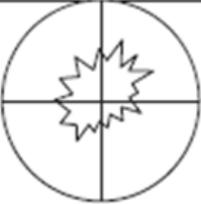
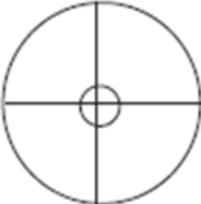
Epitelio blanco

Orificio cervical actual

Cáncer

Anexo 10

Formulario de registro para la inspección visual con ácido acético, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	
REGION: _____	Unidad de Salud: _____
Nº de expediente: _____	Fecha: _____
Promotor de Salud Responsable:	
Nombre: _____	Edad: _____
Direccion: _____	
Dpto.: _____	Teléfono: _____ DUI: _____
FUR: _____	FUP: _____ Paridad: _____ Fecha ultimo PAP: _____
Diagnostico Concomitante	
Vaginitis <input type="checkbox"/> Pólipo <input type="checkbox"/> Cervicitis Sangrante <input type="checkbox"/> Condilomatosis <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Procedimiento y descripción de la IVAA:	
Identifique el Orificio Cervical Externo (OCE) y dibuje con una línea la unión escamocilíndrica y la zona de transformación, aplicar el Acido Acético y esperar 1 minuto, observar si aparecen área de lesiones blancas o lesiones sospechosas de neoplasias y esquematice en el cuadro B según muestra el cuadro A	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">A</div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p> Unión Escamo Cilíndrica</p> <p> Orificio Cervical Externo</p> <p> Zona Acetoblanca</p> <p> Zona Sospechosa</p> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">B</div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Localización de la Lesión por cuadrantes:</p> <p>Superior Derecho <input type="checkbox"/> Inferior Derecho <input type="checkbox"/></p> <p>Superior Izquierdo <input type="checkbox"/> Inferior Izquierdo <input type="checkbox"/></p> <p>Penetra canal endocervical si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Resultado de la IVAA:</p> <p>Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/></p> <p>Lesión Extensa <input type="checkbox"/></p> <p>Sospecha de Invasión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Seguimiento:</p> <p>Control en 1 Años <input type="checkbox"/> Control de 2 Años <input type="checkbox"/></p> <p>Referido a Colposcopia <input type="checkbox"/></p> <p>Control post Crioterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Referencia a Oncología por lesión Visible <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Motivo de Referencia:</p> <p>No acepta tratamiento <input type="checkbox"/> Duda Diagnostica <input type="checkbox"/></p> <p>No hay Equipo disponible <input type="checkbox"/></p> <p>Sospecha de Cáncer <input type="checkbox"/> Lesión Extensa <input type="checkbox"/></p> <p>Penetra canal <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/></p> </div>
<p style="text-align: center;">Aplicación Crioterapia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	
<p>Nombre y firma de Responsable: _____</p>	

Anexo 12

Formularios para el consolidado mensual de la actividad asistencial de IVAA y crioterapia

Establecimiento de salud:

Mes:

Año:

INDICADORES/GRUPO ETÁREO	<30	30-49	>49	Total
Nº Pacientes atendidas				
PROPÓSITO DE LA VISITA				
1. IVAA primera vez				
2. IVAA control al año				
3. IVAA control cada 3 años				
4. Crioterapia postergada				
5. Referida				
RESULTADO DE TAMIZAJE DE 1ER IVAA				
1. IVAA (+)				
2. IVAA (-)				
3. Sospecha de cáncer				
MANEJO DEL 1er IVAA (+) Y SOSPECHA DE CÁNCER				
Crioterapia (total)				
a) Crioterapia el mismo día				
b) Postergada				
c) Retorno de crioterapia postergada				
RAZÓN DE REFERENCIA DESPUÉS DEL 1er IVAA				
1. Sospecha de cáncer				
2. Lesión extensa o lesión que se introduce en el canal				
3. Otros				
PACIENTES REFERIDAS				
1. Paciente referida con IVAA positiva no confirmado				
2. Paciente referida IVAA positiva con tratamiento de crioterapia.				
3. Paciente referida con IVAA positiva confirmado y referida.				
CONTROL AL AÑO POSTERIOR A LA CRIOTERAPIA				
1.- IVAA (+)				

Anexo 13

Resultados a la vista. Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, Jhpiego.

Results at a Glance

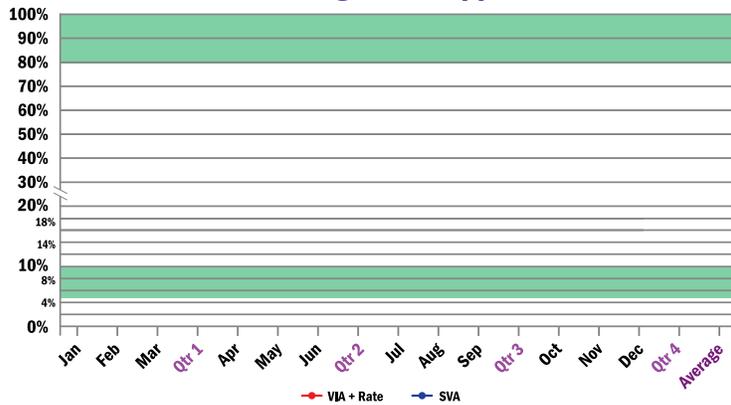
Country: Guyana Site: _____ Year: _____

The Cervical Cancer Prevention and Treatment Programme

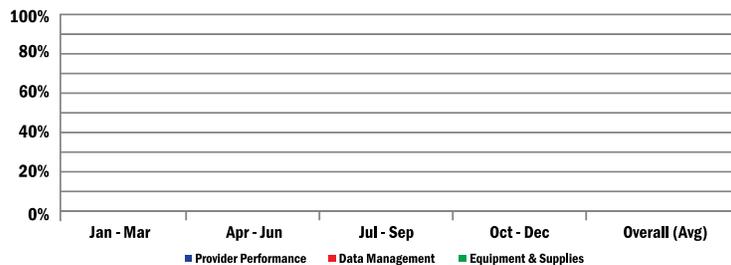
Number of New Cervical Cancer Screenings



VIA Positive Rate and Single Visit Approach Rate

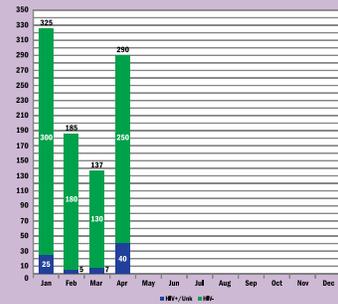


Percent Achievement of Performance Standards

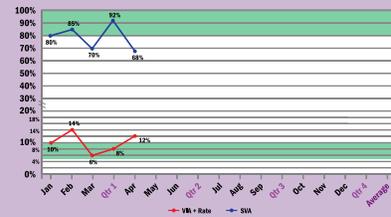


Sample Data

Number of New Cervical Cancer Screenings (Monthly Summary Form: Indicator #4)



VIA Positive Rate and SVA Rate



VIA Positive Rate and SVA Rate: Calculations

VIA Positive Rate

$$\frac{\text{Total \# of new women with VIA positive result (Ind. \# 5)}}{\text{Total \# of new women screened (Ind. \# 4)}} \times 100$$

Example: 4 new VIA+ women / (40 total women screened) X 100 = 10 %

SVA Rate for New Patients

$$\frac{\text{Total \# of VIA+ women receiving immediate cryotherapy (Ind. \# 11)}}{\text{Total \# immediate cryotherapy + Total \# postponed cryotherapy (Ind. \# 12)}} \times 100$$

Example: 3 women received immediate cryo / (3 women immediate cryo + 1 woman postponed cryo) X 100 = 75%

Percent Achievement of Performance Standards

