

EVALUACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN UN ÁREA RURAL REMOTA DE BOLIVIA

EVALUATION OF CERVICAL CANCER PREVENTION PLAN IN A REMOTE RURAL AREA IN BOLIVIA

Peral-Dorado, Fátima¹; Guzmán-Herrador, Bernardo Rafael^{2,3}; Ruiz-Montero, Rafael^{2,3}; Fernández-Martínez, Nicolás Francisco^{2,3}; Padilla-Escalante, Juan⁴; Salcedo-Leal, Inmaculada^{2,3}

¹ Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

² Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

³ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (Imibic), Córdoba, España.

⁴ Hospital Municipal Germán Vaca Díez, Roboré, Santa Cruz, Bolivia.

Recibido: 02/08/2020 | Revisado: 10/08/2020 | Aceptado: 05/10/2020

DOI: [10.15568/am.2020.811.or06](https://doi.org/10.15568/am.2020.811.or06)

Actual Med. 2020; 105(811): 190-201

Original

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el plan de prevención del cáncer de cérvix en Roboré como ejemplo de zona rural remota de Bolivia e identificar los principales elementos favorables y desfavorables a la implantación del mismo para formular recomendaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado mediante una combinación de métodos: análisis de indicadores relacionados con la cobertura de cribado, oportunidad de tratamiento y cobertura vacunal durante 2018 y 2019; cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas dirigido a usuarias del programa de cribado; cuestionario a profesionales implicados en el programa de cribado sobre los puntos fuertes y débiles del programa.

Resultados: Las coberturas de cribado fueron bajas (41-46%) en los últimos 2 años, así como la oportunidad de tratamiento (13-16,7%). Las coberturas vacunales fueron altas (92-98%). Tras entrevistar a 82 usuarias se evidenció que un mayor conocimiento sobre el cáncer de cérvix está asociado a un mayor nivel de estudios y a una mayor frecuencia de citologías. Las mujeres tienen una actitud positiva hacia la vacunación a pesar del escaso conocimiento sobre el virus del papiloma humano (VPH) y la vacuna. Los profesionales sanitarios refieren contar con un personal implicado pero escaso, la falta de infraestructuras y la necesidad de incrementar las campañas de concienciación.

Conclusiones: Recomendamos aumentar las campañas de concienciación y las estrategias de cribado móviles, disponer de un consultorio propio para la realización de las citologías, incrementar el personal a cargo del programa y mejorar el seguimiento de las mujeres.

Palabras Clave:

Cáncer de cérvix;
Bolivia;
Citología vaginal;
Vacunación.

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the cervical cancer prevention programme in Roboré as an example of a remote rural area of Bolivia, and identify its main strengths and weaknesses in order to formulate recommendations.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study using a combination of methods: analysis of indicators related to screening coverage, treatment opportunities, and vaccination coverage during 2018 and 2019; questionnaire to users of the screening programme on their knowledge, attitudes and practices; questionnaire to professionals involved in the screening programme about the strengths and weaknesses of the programme.

Results: Screening coverage was low (41-46%) in the last 2 years, as was the opportunity for treatment (13-16.7%). Vaccine coverage was high (92-98%). After interviewing 82 users, it was shown that a greater knowledge of cervical cancer is associated with a higher level of education and a higher frequency of cytologies. Women have a positive attitude towards vaccination despite poor knowledge of human papillomavirus (HPV) and the vaccine. Health professionals report having committed but limited staff, lack of infrastructure and the need to increase awareness campaigns.

Conclusions: We recommend increasing the number of awareness campaigns and mobile screening strategies, having separate offices to carry out cytologies, increasing the staff in charge of the programme and improving the follow-up of women.

Keywords:

Cervical cancer;
Bolivia;
Pap smear;
Vaccination

Correspondencia

Rafael Ruiz Montero

Medicina Preventiva. Hospital Universitario Reina Sofía
Avda. Menéndez Pidal, sn · 14004, Córdoba, España.

E-mail: rafael.ruiz.montero.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino o de cérvix es el segundo cáncer más frecuente después del cáncer de mama en la mujer en Latinoamérica, con al menos 56.187 casos nuevos y 28.318 muertes en 2018 en esta región (1).

En Bolivia en 2018 tuvo una tasa de incidencia de 34,8 por 100.000 mujeres (primera en Latinoamérica y sexta a nivel mundial), con 1.959 casos nuevos y una tasa de mortalidad de 18,2 por 100.000 mujeres, incluyendo 1.022 muertes, siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer en este país (1).

Su incidencia puede disminuirse mediante la prevención primaria de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y la prevención secundaria, mediante la detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación frente al VPH a niñas de 9 a 13 años y el cribado a mujeres de 30 a 49 años – mediante la inspección visual con ácido acético, la prueba del Papanicolaou (citología cervical) cada 3-5 años, o la prueba de VPH cada 5 años- además del tratamiento precoz de las lesiones precancerosas (2,3).

En Latinoamérica, las tasas de cribado son bajas, a pesar de que la citología vaginal ha sido implantada en la mayoría de las regiones (3,4).

Los determinantes socioeconómicos son cruciales en esta enfermedad, afectando en mayor proporción a las mujeres de origen rural con bajos recursos económicos asociado a la limitación del cribado en estas áreas (3,5).

En Bolivia, el Plan Nacional de prevención, control y seguimiento del cáncer de cérvix implementa la citología como método primario de cribado y recomienda la detección cada 3 años después de dos pruebas de Papanicolaou negativas consecutivas anuales (6).

La prueba de Papanicolaou se ofrece gratuitamente a todas las mujeres de 25-49 años desde 2006; con una cobertura del 14% (7). Los servicios de detección y tratamiento de lesiones precancerosas y carcinomas in situ son gratuitos. El tratamiento del cáncer invasor está disponible desde el sistema público de salud, con un copago (7). El porcentaje de mujeres con lesiones precancerosas que reciben tratamiento es menor del 20% (8).

Desde 2017, Bolivia incluye en su calendario vacunal la vacuna del VPH. Protege frente a los genotipos 6 y 11, responsables del 90% de las verrugas genitales, y 16 y 18, principales causantes del cáncer de cérvix.

Están indicadas dos dosis en niñas de 10 a 12 años, con un intervalo de seis meses. Existen tres estrategias de vacunación: las Unidades Educativas, los Centros

de Salud para niñas no matriculadas y las brigadas de vacunación para las áreas rurales y periurbanas. La cobertura vacunal fue del 88% en 2017 y del 61% en 2018 (9).

Dada la baja adherencia al programa de prevención del cáncer de cérvix en Bolivia, el objetivo del presente proyecto es evaluar dicho Programa tomando como ejemplo una zona rural remota de este país. De esta manera se identificarán fortalezas y debilidades y se propondrán recomendaciones para la mejora en la adherencia al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ubicación del estudio: Bolivia está dividida en 9 departamentos. Aproximadamente el 66,3% de la población vive en el área urbana y el 36,4% está por debajo del umbral de pobreza (10).

Nuestro estudio se centra en el municipio de Roboré, al extremo este de la Provincia de Chiquitos, en el Departamento de Santa Cruz, a 400 kilómetros de la capital de la provincia.

Roboré tiene una población de 16.489 habitantes según censo de 2018 (11). El 65% habita en el núcleo urbano, y el resto en el área rural y en las comunidades (12). El 38,8% de la población es considerada pobre y aproximadamente el 46,5% tiene carencias respecto del Servicio de salud (12).

El Hospital Municipal Germán Vaca Díez, ubicado en el núcleo urbano del municipio es el único hospital público de Roboré y atiende a población tanto rural como urbana. Es un hospital de primer nivel, con 20 camas. Ofrece cobertura al municipio de Roboré y a tres localidades colindantes (12).

Diseño, duración del estudio y análisis de datos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. El trabajo de campo se realizó en julio y agosto de 2018 y 2019. Para evaluar el sistema desde diferentes ángulos se han llevado a cabo una combinación de métodos, incluyendo:

1) Diseño y evaluación de los siguientes indicadores de proceso y resultado durante 2018 y 2019:

- a) *Cobertura de cribado:* total de mujeres de 25-49 años cribadas con respecto a la población objetivo.
- b) *Oportunidad de tratamiento en mujeres con citología anormal:* Total de usuarias tratadas con respecto al total con resultado citológico anormal.
- c) *Cobertura vacunal:* total niñas de 10 años vacunadas con respecto a la población objetivo.

2) Cuestionarios a las usuarias del programa de cribado para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer de cérvix:

El cuestionario se basó en aquellos disponibles en la literatura (13-15), y se adaptó al contexto de nuestro estudio. Se estructuró en varias secciones (ver detalles en Anexo I):

- a) *Datos sociodemográficos e historia ginecológica* (lugar de residencia, edad, nivel de estudios, profesión, uso de anticonceptivos, número de hijos, número de abortos e historia de cáncer de cérvix en gente conocida).
- b) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, VPH y el cáncer de cérvix.*
- c) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacuna del VPH.*

Para seleccionar las participantes se siguió un muestreo por cuotas. Los criterios de inclusión fueron ser mujer, mayor de 18 años y vivir en una de las tres comunidades o en Roboré.

El cuestionario se realizó en dos tandas para abarcar tanto población rural como urbana. Durante julio y agosto de 2018 se distribuyó a una muestra de residentes de tres comunidades indígenas de Roboré (San Pedro, Los Sotos y Limoncito). Las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio durante la realización de talleres y formaciones a través de la ONGD SED (Solidaridad Educación y Desarrollo).

En julio y agosto de 2019 se distribuyó el cuestionario a una muestra del área urbana de Roboré. Las mujeres fueron encuestadas en la sala de espera de las consultas del hospital Germán Vaca Díez.

1) Cuestionarios a los profesionales implicados en el programa de cribado:

Se distribuyó un cuestionario semiestructurado en papel a todos los profesionales sanitarios del Hospital Germán Vaca Díez de diferentes perfiles implicados en el desarrollo y mantenimiento del programa de prevención del cáncer de cérvix. El cuestionario se estructuró en tres partes y las respuestas se agruparon en categorías para el análisis:

- a) *Puntos fuertes.*
- b) *Áreas de mejora.*
- c) *Recomendaciones.*

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Córdoba. El director del Hospital

Germán Vaca Díez de Roboré autorizó la ejecución del estudio. A todas las participantes y personal sanitario se les informó sobre las características del estudio, los objetivos y la confidencialidad de los datos, obteniéndose un consentimiento escrito. El proyecto estuvo sujeto a las normas de buena práctica clínica y cumplió los preceptos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki. Se respetó, mediante la anonimidad de datos en la base, la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los datos fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS v.25. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas, y un análisis bivariante, utilizando la prueba Ji cuadrado para comparar las proporciones entre área rural y urbana. Todos los contrastes fueron bilaterales y se consideraron significativos aquellos donde $p < 0,05$.

RESULTADOS

Evaluación de indicadores:

Cobertura de cribado y oportunidad de tratamiento

En 2018, la población objetivo fue de 1.064 mujeres (rango de edad 25-64 años). La cobertura final fue 41% (437 mujeres). Hubo 24 casos positivos (5,5%). Sólo 4 fueron tratadas (16,7%).

En 2019, la población objetivo fue de 1.062 mujeres. Se obtuvo una cobertura del 46,3% (492 mujeres). Hubo 23 casos positivos (4,7%). De ellas, tan sólo 3 mujeres se trataron (13%). (Tabla 1)

Según los registros del hospital, durante mayo y junio hubo coberturas mayores al resto de los meses. Durante este periodo hay estudiantes internos apoyando el programa, realizando campañas de concienciación y toma de muestras en el hospital, barrios y comunidades. El resto del año solamente hay una enfermera a cargo del programa.

Cobertura vacunal

En 2018, la población diana de la primera dosis constaba de 149 niñas de 10 años. De ellas, 147 se vacunaron (98,7%) con la primera dosis. De éstas, 140 se revacunaron, lográndose una cobertura del 94%.

En 2019, la población diana constaba de 157 niñas de 10 años, de ellas 145 (92,4%) se vacunaron con la primera dosis. De éstas, 120 se revacunaron, lográndose una cobertura del 76,4% con la segunda dosis, inferior a la obtenida en 2018.

		<15 años	15-19 años	20-34 años	35-49 años	>50 años	Total
Año 2018	Número de mujeres con citologías tomadas	2	53	263	88	31	437
	Número de mujeres con resultados de citologías positivas	0	2	9	10	3	24
	Número de mujeres con resultados de citologías positivas tratadas	-	2	2	0	0	4
Año 2019	Número de mujeres con citologías tomadas	2	42	273	129	46	492
	Número de mujeres con resultados de citologías positivas	0	0	22	0	1	23
	Número de mujeres con resultados de citologías positivas tratadas	-	-	2	1	0	3

Tabla 1. Cobertura de cribado en Roboré

Cuestionario a las mujeres usuarias

Características sociodemográficas e historia ginecológica

Se distribuyó el cuestionario a 82 mujeres. De ellas, 46 (56,1%) residían en comunidades campesinas y 36 (43,9%) en el núcleo urbano de Roboré. La edad media fue de 36 años (rango 18-67). La mayoría (n=37; 45,1%) tenían entre 18 y 30 años.

Con respecto al nivel de estudios, la mayor parte (40,2%) tenía Primaria (n=22; 26,8%) o Secundaria (n=11; 13,4%) y el 36,6% tenían Bachillerato (n=28; 34,1%) o estudios universitarios (n=2; 2,4%). El 23,2% (n=19) no tenían estudios. No había diferencias estadísticamente significativas entre el área rural y urbana.

Con respecto a su profesión, la mayoría eran amas de casa (n=66; 80,5%), siendo esto especialmente común en el área rural (p=0,026).

En las mujeres en edad fértil (<50 años, 78% del total), la mayoría no usaban ningún método anticonceptivo (n=37; 57,8%), siendo esto más común en el área urbana (p=0,004). Los métodos más usados fueron la inyección de progestágenos (n= 13; 20,3%), la ligadura de trompas (n=6; 9,4%), el implante anticonceptivo (n=5; 7,8%) y los anticonceptivos orales (n=3; 4,7%).

La media de hijos fue de 3,5 (DS 2,78). Las mujeres que vivían en comunidades tendían a tener más hijos que las del núcleo urbano (p=0,013).

El 19,5% (n=16) de las mujeres tuvieron algún aborto, siendo más frecuente en el área rural (p=0,024).

El 34,1% (n=28) de las encuestadas conocían a alguien con cáncer de cérvix. Las mujeres rurales conocían a más personas con cáncer (p<0,001). (Tabla 2)

		Todos (n=82)	Rural (n=46)	Urbano (n=36)	p
Lugar de residencia	Roboré	36 (43,9%)			
	Limoncito	26 (31,7%)			
	Los Sotos	11 (13,4%)			
	San Pedro	9 (11%)			
Edad	18-30 años	37 (45,1%)	17 (37%)	20 (55,6%)	0,198
	30-50 años	28 (34,1%)	17 (37%)	11 (30,6%)	
	>50 años	17 (20,7%)	12 (26,1%)	5 (13,9%)	
Nivel de estudios	Sin estudios	19 (23,2%)	14 (30,4%)	5 (13,9%)	0,111
	Primaria y Secundaria	33 (40,2%)	19 (41,3%)	14 (38,9%)	
	Bachillerato y Universidad	30 (36,6%)	13 (28,3%)	17 (47,2%)	
Profesión	Ama de casa	66 (80,5%)	41 (89,1%)	25 (69,4%)	0,026
	Trabajadora o estudiante	16 (19,5%)	5 (10,9%)	11 (30,6%)	
Uso de anticonceptivos (n =64; mujeres menores de 50 años)	Sí	27 (42,2%)	20 (58,8%)	7 (23,3%)	0,004
	No	37 (57,8%)	14 (41,2%)	23 (76,7%)	
Hijos	<3	54 (65,9%)	25 (54,3%)	29 (80,6%)	0,013
	>4	28 (34,1%)	21 (45,7%)	7 (19,4%)	
Abortos	Ninguno	66 (80,5%)	33 (71,7%)	33 (91,7%)	0,024
	>1	16 (19,5%)	13 (28,3%)	3 (8,3%)	
Conoce a alguien con cáncer de cérvix	Sí	28 (34,1%)	23 (50%)	5 (13,9%)	<0,001
	No	54 (65,9%)	23 (50%)	31 (86,1%)	

Tabla 2. Características sociodemográficas e historia ginecológica

		Todos (n=82)	Rural (n=46)	Urbano (n=36)	
Alguna vez ha oído hablar sobre el Papanicolaou	Sí	69 (84,1%)	39 (84,8%)	30 (83,3%)	0,858
	No	13 (15,9%)	7 (15,2%)	6 (16,7%)	
Fuente de información sobre la prueba Papanicolaou (n=69)	Profesionales sanitarios	60 (87%)	34 (87,2%)	26 (86,7%)	1
	Familiares, amigos o TV	9 (13%)	5 (12,8%)	4 (13,3%)	
Frecuencia de las citologías	Nunca	18 (22%)	10 (21,7%)	8 (22,2%)	0,404
	A veces	38 (46,3%)	24 (52,2%)	14 (38,9%)	
	Anual	26 (31,7%)	12 (26,19%)	14 (38,9%)	
Conocimiento de los factores de riesgo	Sí	1 (1,2%)	0	1 (2,8%)	0,439
	No	81 (98,8%)	46 (100%)	35 (97,2%)	
Sabe que el VPH es el agente causante del cáncer de cérvix	Sí	8 (9,8%)	4 (8,7%)	4 (11,1%)	0,725
	No	74 (90,2%)	42 (91,3%)	32 (88,9%)	
Sabe si se puede prevenir el cáncer de cérvix	Sí	54 (65,9%)	29 (63%)	25 (69,4%)	0,544
	No	28 (34,1%)	17 (37%)	11 (30,6%)	
Sabe si la citología puede detectar lesiones iniciales asintomáticas influyendo en el tratamiento	Sí	40 (48,8%)	21 (45,7%)	19 (52,8%)	0,522
	No	42 (51,2%)	25 (54,3%)	17 (47,2%)	
Conocimiento general sobre el cáncer de cérvix	Bajo	41 (50%)	24 (52,2%)	17 (47,2%)	0,656
	Alto	41 (50%)	22 (47,8%)	19 (52,8%)	
Estaría dispuesta a realizarse la citología	Sí	75 (91,5%)	45 (97,8%)	30 (83,3%)	0,04
	No	7 (8,5%)	1 (2,2%)	6 (16,7%)	
Causas rechazo de la citología (n = 56)	Me da vergüenza	17 (30,4%)	12 (35,3%)	5 (22,7%)	0,482
	Miedo a tener la enfermedad	10 (17,9%)	3 (8,8%)	7 (31,8%)	
	Puede ser dolorosa	8 (14,3%)	5 (14,7%)	3 (13,6%)	
	Inaccesibilidad	8 (14,3%)	5 (14,7%)	3 (13,6%)	
	Estoy sana, no lo necesito	6 (10,7%)	4 (11,8%)	2 (9,1%)	
	Desconocimiento	6 (10,7%)	4 (11,8%)	2 (9,1%)	
	No he recibido los resultados en otras ocasiones	1 (1,8%)	1 (2,9%)	0	

Tabla 3. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, PH y el cáncer de cervix

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, VPH y el cáncer de cérvix

La mayoría (n=69; 84,1%) habían oído hablar de la prueba de Papanicolaou, pero no todas conocían su utilidad. La mayoría (n=60; 87%) habían sido informadas por profesionales sanitarios, y el 13% (n=9) por familiares, amigos o televisión, sin diferencias estadísticamente significativas entre áreas.

Sesenta y cuatro personas (78%) refirieron que se realizaban la citología todos los años o a veces. Dieciocho (22%) refirieron que nunca se la habían realizado, sin diferencias estadísticamente significativas entre áreas. Treinta y dos mujeres (39%) refirieron haberse realizado el cribado para recibir la ayuda del Bono Juana Azurduy¹.

La mayoría (n=81; 98,8%) no conocía los factores de riesgo del cáncer de cérvix. Sólo el 9,8% (n=8) sabía que el VPH es el causante. El 65,9% (n=54) sabía que se puede prevenir. Sin embargo, sólo el 48,8% (n=40) sabe que la citología, al detectar lesiones iniciales asintomáticas, repercute en el pronóstico. (Tabla 3)

Las mujeres con un mayor conocimiento tenían un mayor nivel de estudios (p=0,022) y se realizaban con

más frecuencia las citologías (p=0,018) que aquellas con un conocimiento inferior. (Tabla 4)

El 91,5% (n=75) estarían dispuestas a hacerse el cribado de cáncer de cérvix, siendo esto más frecuente en el área rural (p=0,04).

Las principales barreras para acceder al cribado entre aquellas que no se hacen la citología anualmente (n=56; 68,3%) fueron: vergüenza (n=17; 30,4%), miedo a estar enfermas (n=10; 17,9%), miedo al dolor (n=8; 14,3%) e inaccesibilidad (n=8; 14,3%).

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacuna frente al VPH

Sólo el 29,3% (n=24) habían oído hablar sobre la vacuna, siendo más frecuente en el área rural (p=0,027). La mayoría (n=18; 75%) fueron informadas por profesionales sanitarios, familiares, amigos o televisión (n=6; 75%), sin diferencias estadísticamente significativas entre áreas.

Diez mujeres tenían hijas de 10-13 años. De ellas, 8 habían vacunado a su hija y 2 lo desconocían.

		Todos (n=82)	Conocimiento bajo (n=41)	Conocimiento alto (n=41)	p
Nivel de estudios	Sin estudios	19 (23,2%)	14 (34,1%)	5 (12,2%)	0,022
	Primaria y Secundaria	33 (40,2%)	17 (41,5%)	16 (39%)	
	Bachillerato y Universidad	30 (36,6%)	10 (24,4%)	20 (48,8%)	
Frecuencia de las citologías	No anual	56 (68,3%)	33 (80,5%)	23 (56,1%)	0,018
	Anual	26 (31,7%)	8 (19,5%)	18 (43,9%)	

Tabla 4. Relación entre el conocimiento general sobre el cáncer de cervix, el nivel de estudios y la frecuencia de las citologías

¹Incentivo económico para mujeres gestantes condicionado al cumplimiento de 4 controles prenatales (incluye la citología), parto institucional y control postparto

Sólo el 23,2% (n=19) sabía para qué servía la vacunación, sin diferencias estadísticamente significativas entre áreas. Sin embargo, tras explicarles los beneficios de la vacunación, todas las mujeres estaban dispuestas a vacunar a su hija si tuvieran la oportunidad. (Tabla 5)

Cuestionario a los profesionales sanitarios

Se envió la encuesta a 12 sanitarios de diferentes perfiles (ginecólogo, médico, enfermero, técnico de enfermería y auxiliar de enfermería), de los que contestaron 10. La edad media fue de 38,8 años (rango 26-57). La

		Todos (n=82)	Rural (n=46)	Urbano (n=36)	p
Alguna vez ha oído hablar sobre la vacuna frente al VPH	Sí	24 (29,3%)	18 (39,1%)	6 (16,7%)	0,027
	No	58 (70,7%)	28 (60,9%)	30 (83,3%)	
Fuente de información sobre la vacuna VPH (n = 24)	Profesionales sanitarios	18 (75%)	12 (66,7%)	6 (100%)	0,277
	Familiares, amigos o TV	6 (25%)	6 (33,3%)	0	
Han vacunado a su hija (n=10)	Sí	8 (80%)	7 (77,8%)	1 (100%)	1
	No	0	0	0	
	No sé si se la han puesto	2 (20%)	2 (22,2%)	0	
Conoce los beneficios de la vacunación	Sí	19 (23,2%)	13 (28,3%)	6 (16,7%)	0,217
	No	63 (76,8%)	33 (71,7%)	30 (83,3%)	
Vacunaría a su hija	Sí	82 (100%)	46 (100%)	36 (100%)	-
	No	0	0	0	

Tabla 5. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacuna frente al VPH

antigüedad media fue de 7,9 años (rango 2-21). Como fortalezas del programa señalaron la presencia de personal implicado (35,3%), la recogida de resultados y seguimiento de las pacientes (23,5%) y la realización de charlas de concienciación (23,5%). Como áreas de mejora destacaron la falta de un consultorio propio

para la realización de la citología (26,3%), la logística inadecuada (21,1%) y la falta de personal capacitado (21,1%). Como recomendaciones enfatizaron la necesidad de mayor presupuesto (33,3%) y la realización de más campañas de concienciación para mejorar la captación (33,3%). (Tabla 6)

		Todos (n=10)
Sexo	Varón	2 (20%)
	Mujer	8 (80%)
Perfil sanitario	Ginecólogo	1 (10%)
	Médico general	2 (20%)
	Enfermero	3 (30%)
	Técnico de enfermería	2 (20%)
	Auxiliar de enfermería	2 (20%)
Puntos fuertes del programa (n=17)	Realización de charlas de concienciación	4 (23,53%)
	Aumento de cobertura	2 (11,76%)
	Recogida de resultados y seguimiento de las pacientes	4 (23,53%)
	Personal implicado	6 (35,29%)
	Bono Juana Azurduy	1 (5,88)
Puntos débiles del programa o áreas de mejora (n=19)	Logística inadecuada	4 (21,05%)
	Falta de personal	4 (21,05%)
	Formación continua del personal	2 (10,53%)
	Falta de material	3 (15,79%)
	Consultorio propio para la toma de muestra	5 (26,31%)
	Apoyo programa Bono Juana Azurduy	1 (5,26%)
Recomendaciones (n=15)	Mayor presupuesto	5 (33,33%)
	Aumento de las campañas de concienciación	5 (33,33%)
	Seguimiento de pacientes positivas	3 (20%)
	Consultorio propio para la toma de muestra	2 (13,33%)

Tabla 6. Cuestionario a los profesionales sanitarios

DISCUSIÓN

Las coberturas del cribado observadas en Roboré son menores al 70% recomendado en las guías internacionales (16). Esto podría explicarse por la ausencia de una campaña de comunicación efectiva y una subóptima sensibilización de las mujeres.

La mayor cobertura durante los meses donde hay estudiantes apoyando el programa demuestra la falta de personal cualificado necesario para atender la demanda de la población, manifestado también por los profesionales sanitarios como área de mejora.

El porcentaje de mujeres tratadas con resultados positivos estuvo también muy lejos del 70% recomendado por las guías internacionales (16) a pesar de los esfuerzos del hospital en el desarrollo de estrategias de captación. Por ejemplo, una enfermera acompaña a las mujeres positivas al hospital oncológico de Santa Cruz, siendo la atención sanitaria y el tratamiento de las lesiones precancerosas gratuito.

Sin embargo, cabe destacar que, en Roboré las coberturas vacunales son superiores al 80% recomendado (16).

Entre las mujeres encuestadas había una actitud positiva hacia la vacunación a pesar del desconocimiento, a diferencia de un estudio previo (17) realizado en Santa Cruz que mostraba un rechazo por parte de los padres y madres de familia.

El análisis de una encuesta de salud en Bolivia (4) concluyó que las mujeres de áreas rurales pobres tenían menos probabilidades de participar en el cribado que las mujeres con más poder adquisitivo. Es probable que éstas últimas se enfrenten a menos barreras de acceso, como el transporte y las responsabilidades del hogar. En nuestro estudio es difícil comparar este aspecto porque todas tienen poco poder adquisitivo. Otro estudio (18) reveló que la satisfacción general de las mujeres de bajos ingresos hacia el programa, es mayor con el establecimiento de estrategias de cribado móviles. Por tanto, el hospital debe tener una perspectiva poblacional, reforzando las pruebas de detección en las zonas rurales alejadas del hospital.

En el estudio anterior (4), las mujeres no escolarizadas tenían menos conocimientos sobre este cáncer que las escolarizadas, aspecto que coincide con nuestro estudio.

En otro estudio de Bolivia (19), el nivel de conocimiento sobre este tema era bajo de forma global, disminuyendo en función de la distancia entre el área de residencia y la ciudad capital, y del nivel educativo. En nuestro estudio encontramos conocimiento subóptimo entre las mujeres encuestadas, sin diferencias entre el área rural y urbana.

Las principales barreras para hacerse la citología entre las mujeres encuestadas fueron el pudor y el miedo, aspectos que coinciden con otro estudio realizado en Bolivia (7) y en otros países (20,21). Dichas barreras se explican por la falta de conocimiento y el estigma cultural del cáncer de cérvix y su asociación percibida con múltiples infecciones transmisión sexual (4,22-27).

La comparación de nuestros resultados con los de otros contextos muestra que ciertas dificultades son comunes, incluyendo falta de trabajadores encargados del programa, baja tasa de adherencia de las mujeres, subóptimo tratamiento y seguimiento, escasez de equipamiento, del control de calidad y de la sensibilización de las mujeres (3-5,28-30).

Nuestro estudio no incluyó un muestreo aleatorio para seleccionar a las participantes y debe considerarse como una evaluación inicial de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de Roboré y de los profesionales del Hospital Germán Vaca Díez sobre la prevención del cáncer de cérvix, y los resultados no pretenden ser extrapolados a otras zonas del país. Sin embargo, sí pueden ser útiles para áreas de un perfil similar al de nuestro estudio. Debido a que utilizamos una encuesta dirigida, el sesgo de deseabilidad social también puede haber influido en nuestros resultados. A pesar de estas limitaciones, creemos que esta evaluación es de gran valor ya que es la primera en proporcionar una visión de las debilidades y fortalezas que presenta el programa de prevención del cáncer de cérvix en un área rural de Bolivia. Nuestras conclusiones y recomendaciones serán compartidas con el hospital Germán Vaca Díez con el propósito de contribuir en la mejora del Programa de cribado en esta región.

CONCLUSIONES

En Roboré la cobertura de cribado y la oportunidad de tratamiento son más bajas que las recomendadas por las guías internacionales de referencia. Sin embargo, la cobertura vacunal es alta, por encima de los umbrales recomendados, asociada a una actitud positiva hacia la vacunación por parte de las madres.

En general hay un bajo conocimiento sobre el cáncer de cérvix, asociado a barreras relacionadas con el pudor y el miedo, siendo las mujeres con mayor conocimiento las que se realizan con más frecuencia las citologías.

Por último, los profesionales sanitarios resaltaron la implicación del personal responsable del programa, aunque subrayaron la necesidad de más campañas de concienciación y la falta de recursos para un correcto seguimiento.

Por ello, recomendamos aumentar las campañas de concienciación con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre este tema en las mujeres de Roboré y las estrategias de cribado móviles, disponer de un consultorio propio para la realización de las citologías, incrementar el personal a cargo del programa y mejorar el seguimiento de las mujeres.

AGRADECIMIENTOS

Al Área de Cooperación y Solidaridad de la Universidad de Córdoba, por su apoyo económico necesario para la ejecución del trabajo de campo.

A la ONGD SED, por confiar en mi proyecto y brindarme las facilidades que necesitaba.

A todas y cada una de las mujeres de Roboré que aceptaron participar en este estudio, especialmente a las mujeres de las comunidades campesinas, es por ellas y para ellas la razón de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
- Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2 ed. Washington, DC: OPS; 2016. [consultado 4 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
- Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26(11):37–48.
- Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):174–82.
- Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2017(389):847–60.
- Ministerio de Salud y Deportes. Plan nacional de prevención, control, y seguimiento del cáncer de cuello uterino 2009–2015; 2009. [consultado 4 abril 2020]. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/plan_cancer_cuello_uterino.pdf
- Stormo AR, Altamirano VC, Pérez-Castells M, Espey D, Padilla H, Panameño K, et al. Bolivian health providers' attitudes toward alternative technologies for cervical cancer prevention: A focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *J Women's Health*. 2012;21(8):801–8.
- PAHO. Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Rapid Assessment in 12 Countries of Latin America. 2010. [consultado 4 abril 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Cervical-Cancer-Prevention-2010.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud Bolivia. Bolivia intensifica vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. [consultado 4 abril 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2328:bolivia-intensifica-vacunacion-contra-el-virus-del-papiloma-humano&Itemid=481
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Línea de pobreza. [consultado 4 abril 2020]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/podreza-desarrollo/introduccion-2>
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Estadísticas Demográficas. [consultado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/demografia/introduccion-2>
- Gobierno Municipal de Roboré. Plan Territorial de Desarrollo Integral (PTDI 2016 – 2020) para Vivir Bien del Municipio de Roboré; 2016. [consultado 24 abril 2020]. Disponible en: <http://www.sbda.org.bo/pacha/descargas/PTDIrevisadoSBDA.pdf>
- Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, attitudes and practices of sudanese women regarding the Pap smear test and cervical cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2016;17(2):625–30.
- Raychaudhuri S, Mandal S. Socio-demographic and behavioural risk factors for cervical cancer and knowledge, attitude and practice in rural and urban areas of North Bengal, India. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2012;13(4):1093–6.
- Tran BX, Than PTQ, Doan TTN, Nguyen HLT, Mai HT, Nguyen THT, et al. Knowledge, attitude, and practice on and willingness to pay for human papillomavirus vaccine: A cross-sectional study in Hanoi, Vietnam. *Patient Preference Adherence*. 2018;12:945–54.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018–2030. Washington, D.C.: OPS; 2018. [consultado 24 abril 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38574>
- Aquino Rojas E, Aquino Rojas WA, Soto Flores R, Soto Flores O. Tácticas de fortalecimiento para la prevención del cáncer cervico uterino a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano, agosto de 2017 a marzo de 2018. *Gac méd Bolív*. 2019;42(1):52–80.

18. Audet CM, Matos CS, Blevins M, Cardoso A, Moon TD, Sidat M. Acceptability of cervical cancer screening in rural Mozambique. *Health Educ Res.* 2012;27(3):544–51.
19. Allende G, Surriabre P, Cáceres L, Bellot D, Ovando N, Torrico A, et al. Evaluation of the self-sampling for cervical cancer screening in Bolivia. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1–9.
20. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Cervical Cancer Screening Attitudes and Beliefs of Malaysian Women who have Never had a Pap Smear: A Qualitative Study. *Int J Behav Med.* 2008;15(4):289–92.
21. Ebu NI, Mupepi SC, Siakwa MP, Sampelle CM. Knowledge, practice, and barriers toward cervical cancer screening in Elmina, Southern Ghana. *Int J Womens Health.* 2014;7:31–9.
22. Dhafer EA. Knowledge, Attitudes and Practices of Women in the Southern Region of Saudi Arabia Regarding Cervical Cancer and the Pap Smear Test. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(4):1177–84.
23. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. *Afr Health Sci.* 2011;11(1):58–64.
24. Aswathy S, Quereshi MA, Kurian B, Leelamoni K. Cervical cancer screening: Current knowledge & practice among women in a rural population of Kerala, India. *Indian J Med Res.* 2012;136(2):205–10.
25. Nadarzynski T, Waller J, Robb KA, Marlow LA V. Perceived risk of cervical cancer among pre-screening age women (18-24 years): the impact of information about cervical cancer risk factors and the causal role of HPV. *Sex Transm Infect.* 2012;88(6):400–6.
26. Nwankwo KC, Aniebue UU, Aguwa EN, Anarado AN, Agunwah E. Knowledge attitudes and practices of cervical cancer screening among urban and rural Nigerian women: A call for education and mass screening. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20(3):362–7.
27. Farshbaf-Khalili A, Salehi-Pourmehr H, Shahnazi M, Yaghoobi S, Gahremani-Nasab P. Cervical cancer screening in women referred to healthcare centres in Tabriz, Iran. *Niger Med J.* 2015;56(1):28-34.
28. Selmouni F. Evaluación de la implementación del programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino-región Meknès-Tafilalet, Marruecos. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2017.
29. Basu P, Nessa A, Majid M, Rahman JN, Ahmed T. Evaluation of the National Cervical Cancer Screening Programme of Bangladesh and the formulation of quality assurance guidelines. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2010;36(3):131–4.
30. Nessa A, Hussain MA, Rahman JN, Rashid MHU, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Screening for cervical neoplasia in Bangladesh using visual inspection with acetic acid. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;111(2):115–8.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Peral Dorado F, Guzmán Herrador B, Ruiz-Montero R, Fernández Martínez N, Padilla Escalante J, Salcedo Leal I. Evaluación del Plan de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en un área rural remota de Bolivia. *Actual Med.* 2020;811(105):190-201. DOI: 10.15568/am.2020.811.or06