

3

Informe Recover

EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

EN ESPAÑA, BENÍN, CAMERÚN

Y COSTA DE MARFIL



Editado por:

Fundación Recover, Hospitales para África
Hilarión Eslava, 27 Bis. 1ª planta, local 7
28015 Madrid
Tel.: +34 91 411 09 68
info@fundacionrecover.org
www.fundacionrecover.org

Redacción de textos:

Cristina Rodrigo
Carmen Monje
Miguel Molinero
Emilie Ngono

Revisión de textos:

Dra. María Rosario Noguero Meseguer

Coordinación:

Cristina Rodrigo

Supervisión:

Chus de la Fuente

Diseño y maquetación:

Katia Á. Charro

Basado en el modelo original de Escriña Diseño Gráfico

Año: 2021

Prólogo.....	4
Resumen.....	5
1.Introducción.....	8
1.1 Quiénes somos	8
1.2 Qué es el cáncer de cuello de útero.....	12
2.3 Qué implica tener la enfermedad en España o en África	20
2. Marco de referencia: Benín, Camerún y Costa de Marfil.....	22
3. Intervención en cáncer de cérvix por parte de Fundación Recover ...	26
3.1 Antecedentes del proyecto	26
3.2 Acciones realizadas e hitos conseguidos	27
3.2.1 Voluntariado español en terreno	29
3.2.2 Otros aportes de la campaña	31
3.2.3 Jornada de cáncer de cérvix en Camerún	31
3.3 Propuestas y retos de futuro	32
4.Conclusiones.....	34
5. Indicadores clave por países.....	36
Anexos.....	41
Anexo I: Resumen I Coloquio sobre cáncer de cérvix en Camerún.....	41
Anexo II: Protocolo de actuación en campañas de cáncer de cérvix ...	50
Agradecimientos	53
Bibliografía y notas a pie de página.....	54

Prólogo

Existen multitud de diferencias entre los países desarrollados y en vías de desarrollo y las más flagrantes se concentran a nivel humano en la **imposibilidad de acceso a recursos de salud**.

De este modo, patologías y procesos oncológicos que en nuestro medio se detectan en una fase precoz o incluso preclínica antes de dar síntomas, en los países en vías de desarrollo, como en la mayor parte de África, evolucionan a fases tardías de la enfermedad, provocando sufrimiento y, en muchas ocasiones, la muerte.

El cáncer de cérvix uterino es una de estas patologías que afecta a las mujeres y que, por la **inexistencia de cobertura sanitaria** para realizar un diagnóstico precoz, es descubierto cuando se encuentra en un estadio muy avanzado, momento en que solo es susceptible de cuidados paliativos para disminuir el dolor y las importantes hemorragias que produce.

Las campañas organizadas por Fundación Recover y en las que hemos participado a través de distintos voluntariados tienen como objetivo proporcionar **asistencia y formación al personal local** de centros de salud y hospitales en Camerún para que, en un futuro que deseamos sea cercano, pueda desarrollarse un programa de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

Estas campañas o intervenciones sobre el terreno se centran en la realización de citologías, así como en el seguimiento y tratamiento de las mujeres en las que esta citología informe de una displasia cervical o enfermedad precursora del cáncer de cérvix. De esta forma, **se han detectado casos incipientes en mujeres que se han beneficiado de un diagnóstico y tratamiento temprano**.

Lo prioritario de estas campañas es la formación del personal sanitario local, con el objetivo de que lleguen a ser independientes y puedan hacerse cargo del diagnóstico, control y tratamiento de las mujeres que acuden a estos centros.

De este modo contribuimos a mejorar, aunque sea de una manera puntual pero constante, la salud de las mujeres africanas.

Dra. María Rosario Noguero Meseguer
Jefa del servicio de Ginecología del
Hospital Rey Juan Carlos I (Madrid)

“El cáncer también se enfrenta a la falta de información. Hay mucho miedo a la palabra *cáncer*, pero un tercio de ellos se pueden prevenir y curar. Esto no solo pasa en Camerún, sino en todas las partes del mundo, por eso es fundamental que hablemos de ello.”

Profesor Nkegoum Blaise

Cancerólogo en el Centro Hospitalario Universitario (Camerún)

Resumen

El cáncer de cérvix o cuello uterino constituye un problema social porque afecta a la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Es el **segundo cáncer más común en el mundo que afecta a la población femenina**. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cervicouterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres; la mayoría de ellas no han sido diagnosticadas **ni tienen acceso a un tratamiento** que podría curarlas o prolongarles la vida. En 2012 se diagnosticaron 528.000 casos nuevos y 266.000 mujeres murieron a causa de esta enfermedad, casi **el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medios**. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años.

Las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino **disminuyeron en más del 50 % entre mediados de la década de 1970 y mediados de la década de 2000 debido en parte a un aumento de la detección, que puede encontrar cambios del cuello uterino antes de que se tornen cancerosos**. La disminución de las tasas de incidencia en mujeres jóvenes puede deberse también al uso de la **vacuna contra el VPH**.

Las tasas de supervivencia dependen de muchos factores, entre los que se incluyen el estadio del cáncer de cuello uterino que se diagnostica. **Cuando se detecta en un estadio temprano, la tasa de supervivencia a 5 años para las mujeres con cáncer invasivo es del 92%**. Alrededor del 44% de las personas con cáncer de cuello uterino reciben un diagnóstico en un estadio temprano. Si el cáncer de cuello uterino se ha diseminado hacia los tejidos o los órganos circundantes y/o los ganglios linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 58%. Si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 17%.

Por eso **los programas de cribado y detección son tan importantes**. En los países de África subsahariana donde trabaja Fundación Recover, **la detección temprana no es factible por diversos motivos, el principal se debe a que la sanidad tiene siempre un coste difícilmente asumible y el acudir a la consulta suele aplazarse hasta momentos en los que la enfermedad está muy avanzada, pero también porque no existe la sensibilización necesaria para que las mujeres sean conscientes de la importancia de realizar revisiones ginecológicas periódicas**. Así, la Sociedad Americana Contra el Cáncer recomienda realizar pruebas de detección de manera general a todas las mujeres a partir de los 25 años, pero deberían adelantarse cuando las relaciones sexuales se inician a edad temprana y/o cuando existe mayor promiscuidad sexual.

La Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino, cuyo lanzamiento tuvo lugar en noviembre de 2020, se basa en tres pilares fundamentales: **la vacunación, la detección y el tratamiento**. La aplicación con éxito de los tres podría llevar a una reducción de más del 40% de los nuevos casos de la enfermedad y **evitar 5 millones de muertes** relacionadas para 2050.



Incidencia del cáncer de cervix	Muertes al año	Tasa de mortalidad	Ranking mundial (fallecimientos)	Ranking local (fallecimientos)
Benín	379	13,12%	61	3ª causa
Camerún	1.190	19,96%	28	3ª causa
Costa de Marfil	921	18,82%	32	4ª causa
España	1005	1,87%	158	15ª causa

En este contexto, **Fundación Recover** tomó consciencia de la importancia de esta enfermedad y del impacto en su reducción cuando existe detección temprana. Así, en 2014 comenzó a apoyar a centros de salud de Camerún para implementar un **plan de prevención del cáncer de cuello de útero, llevando a cabo diferentes iniciativas que culminan con la puesta en marcha de una campaña global** en 2018, repetida en 2019 y 2021, así como con la realización de una jornada específica sobre cáncer de cérvix en Yaundé (Camerún, 2021). Se convierte así en un **proyecto transversal de la organización**, donde se involucran los programas de Hospitales, Formación y Telemedicina.

“Cuando se detecta en un estadio temprano, la tasa de supervivencia a 5 años para las mujeres con cáncer invasivo es del 92%, por eso los programas de cribado y detección temprana son tan importantes.”

“Una mujer muere de cáncer de
cuello de útero cada dos minutos.
Cada una es una tragedia y
podemos prevenirlo.”

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General de la Organización Mundial de la Salud

1. Introducción

1.1 Quiénes somos

Fundación Recover nace en España en **2006** gracias a un grupo de profesionales vinculados al sector sanitario y que, preocupados por la sanidad, ponen el foco en África subsahariana, **para que el lugar donde nacemos no determine la salud que vamos a tener.**

- En una región que afronta el **24% de la carga de enfermedad** mundial con tan solo el **3% de los profesionales** sanitarios, se pone en marcha un **Programa de Formación**;
- donde la debilidad de infraestructuras sanitarias y la falta de equipamiento se sufragan con tan solo el **1% de la financiación** mundial, surge un **Programa de Hospitales**;
- cuando las **especialidades** médicas están en manos de la **medicina generalista** o enfermería, arranca un **Programa de Telemedicina**;
- y allí donde se encuentran personas que **no pueden ser tratadas localmente**, se ofrece su posible evacuación con el **Programa de Pacientes**.



	2007-8	2020-1
CENTROS EN RED RECOVER	1 centro	15 centros en red
PACIENTES ATENDIDOS	20.000 personas	750.000 personas
CENTROS EN TELEMEDICINA	0 centros	68 centros
PACIENTES EN ESPAÑA	11 personas	167 personas
BECAS DE FORMACIÓN	7 becas	579 becas de formación
PLANTILLA EN CENTROS DE LA RED	17 médicos	600 profesionales

De esta forma, fomentamos el **desarrollo integral de hospitales sin ánimo de lucro** en **África subsahariana**, para facilitar el acceso de la población al derecho fundamental a la salud, con un modelo sanitario de calidad y **sostenible** en el tiempo (ODS 3). En este contexto, donde la **sanidad** no solo no es gratuita, sino que es **extremadamente cara**, acompañamos a centros médicos y hospitales durante varios años, para convertirlos en centros profesionalizados y sin ánimo de lucro, con el objetivo final de que puedan ofrecer una **atención sanitaria de calidad a un precio asequible**, el mínimo para auto-gestionarse y ser sostenibles.

Trabajamos en países estables donde, a pesar de no haber guerras, se viven auténticos **dramas sanitarios a diario**, lo que provoca que la población africana se encuentre en un estado de **emergencia sanitaria permanente**.

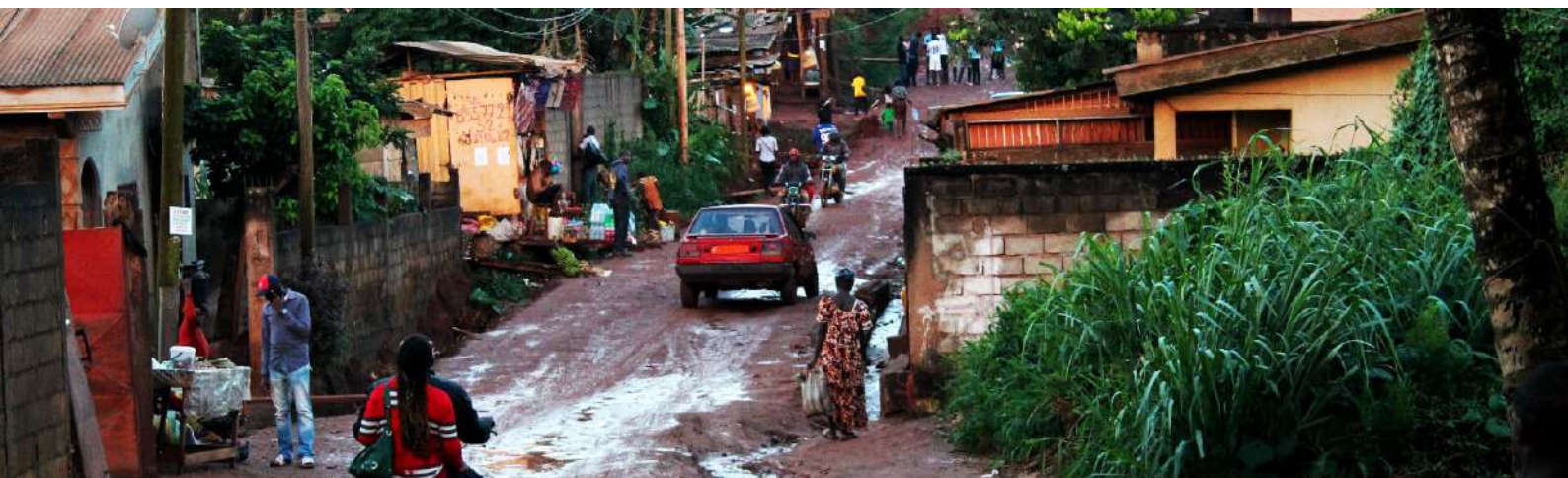
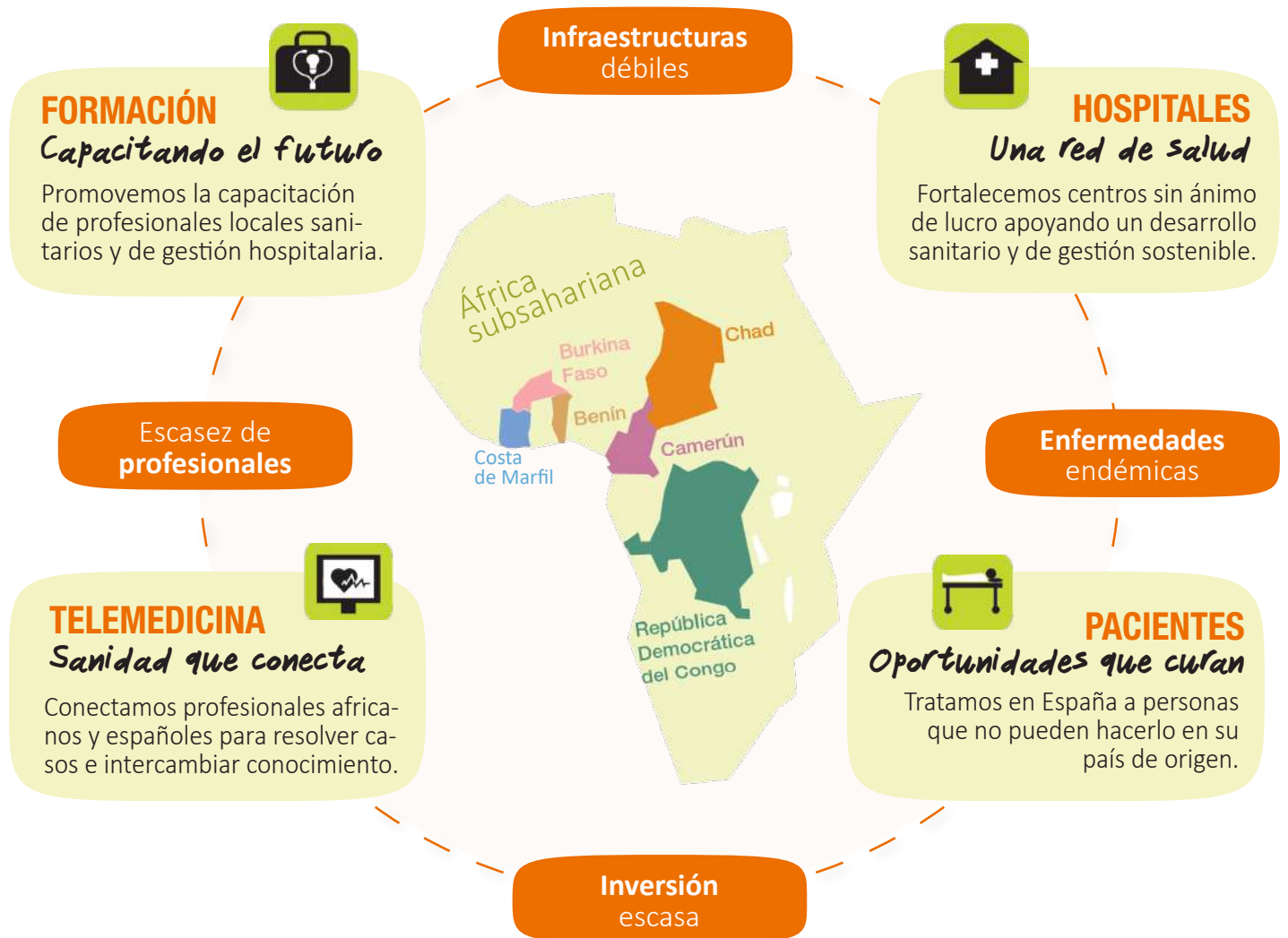
Actualmente somos 8 personas empleadas en España, 3 en terreno y 8 que componen el patronato. Pero este **modelo de éxito** sería imposible de llevar a cabo sin un equipo de trabajo a gran escala del que, en estos años, ya han sido partícipes más de **700 voluntarios y voluntarias** que han dedicado su tiempo y experiencia; más de **1.000 socios y socias** que cada año renuevan su confianza en Recover, y más de **80 organizaciones** que han contribuido con recursos –humanos, económicos y en especie– para dar una segunda oportunidad a la salud de miles de personas en África subsahariana.

Sin duda, son también parte imprescindible de este equipo los cerca de **600 profesionales** locales, sanitarios y de gestión hospitalaria que han mejorado sus conocimientos a través de diferentes formaciones; los **15 centros que forman parte de la Red Recover** y que se apoyan mutuamente; los más de **60 usuarios conectados a través de la Telemedicina** que comparten su conocimiento con voluntarios españoles y se ayudan mutuamente en la resolución de casos complejos; y, por supuesto, los cerca de **170 pacientes** que han tenido una segunda oportunidad tratándose en España.



Cómo trabaja Fundación Recover

Implementamos un modelo de perseverancia: trabajamos con cuatro programas coordinados e interconectados, en periodos de **entre 6 y 8 años**, para convertir pequeños centros en hospitales o dispensarios profesionalizados y sostenibles, dotándoles de las **herramientas necesarias para autogestionarse** y ofrecer servicios de calidad a precios asequibles.



“Los países africanos, como todo el mundo en todas partes, también deberían tener un acceso rápido, igual y asequible a cualquier vacuna o tratamiento, cuando los haya.”

António Guterres

Secretario General de las Naciones Unidas

1.2 Qué es el cáncer de cuello de útero o cérvix?

El cáncer de cuello uterino también se conoce como cáncer cervical o cáncer de cérvix. La mayoría de los cánceres del cuello del útero son carcinomas de **células escamosas**. Las células escamosas son delgadas, planas, y forman la superficie del cuello uterino.

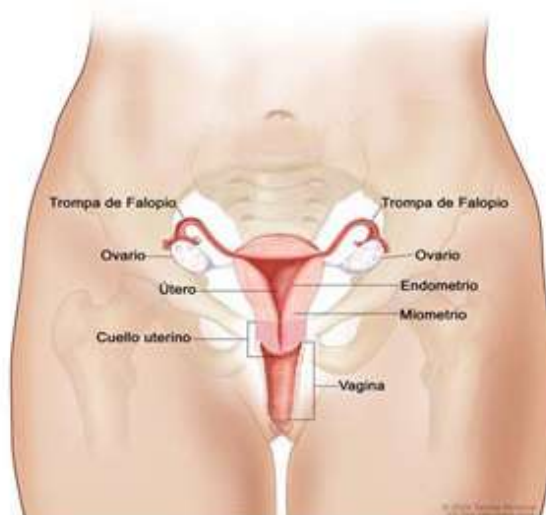


El **aparato reproductor femenino** está constituido por ovarios, trompas de Falopio, útero, cuello uterino y vagina. El cérvix o cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. Mide unos **3-4 cm de longitud** aunque varía según la edad, número de partos y momento del ciclo menstrual.

Se divide en dos partes. La más cercana al cuerpo uterino se llama endocérvix, cubierto por un epitelio cilíndrico productor de moco, y la más cercana a la vagina es el ectocérvix, cubierta por un epitelio plano.

La mayoría de los tumores se localizan en la unión entre el exocérvix y el endocérvix.

El cáncer de cérvix se inicia cuando las células sanas de su superficie comienzan a dividirse de manera descontrolada. Estos cambios condicionan anomalías, no necesariamente cancerosas. Estos son los primeros pasos que pueden dar lugar a la formación de un cáncer.



El tumor maligno de cuello uterino es diferente del cáncer que empieza en otras partes del útero y tiene una **evolución, pronóstico y tratamiento específicos**.

El cáncer de cérvix, como el resto de tumores, **se origina por cambios o mutaciones en el ADN de las células**. El ADN de una célula se encuentra situado en los genes. Cada uno es responsable de una serie de instrucciones que son fundamentales en el funcionamiento normal, tanto de la célula como del órgano. Estos genes indican a la célula cómo crecer, cuándo deben dividirse y cuándo deben frenar su crecimiento (genes supresores de tumores).

Las células cancerosas pueden perder el control de estos procesos debido a una mutación en un gen supresor, por lo que continúan creciendo y dividiéndose de forma descontrolada.

Otro mecanismo alterado puede ser la **reparación de ADN**. Los genes de reparación del ADN buscan errores en el ADN y lo reparan. Una mutación en uno de estos genes puede significar que no se corrigen errores y esto puede generar una célula tumoral.

Signos y síntomas

En los **estadios tempranos** la enfermedad es con frecuencia asintomática.

Los síntomas más precoces incluyen:

- **Sangrado genital** anómalo (irregular/intermitente).
- **Sangrado tras relaciones sexuales** (coitorragia) o durante el examen ginecológico.
- **Flujo maloliente**, es muy inespecífico, pero puede indicar vaginitis o cervicitis.

Los síntomas más frecuentes en **enfermedad avanzada** abarcan:

- **Dolor** pélvico o lumbar.
- **Molestias al orinar** (disuria) o tenesmo rectal.
- **Sangrado** ginecológico tras la menopausia.
- **Dolor** durante las **relaciones sexuales** (dispareunia).
- **Sangre en la orina** o sangre en las heces.
- **Pérdida de peso**, cansancio y pérdida de apetito.
- **Edema** de una o ambas piernas sin otras causas que lo justifiquen.

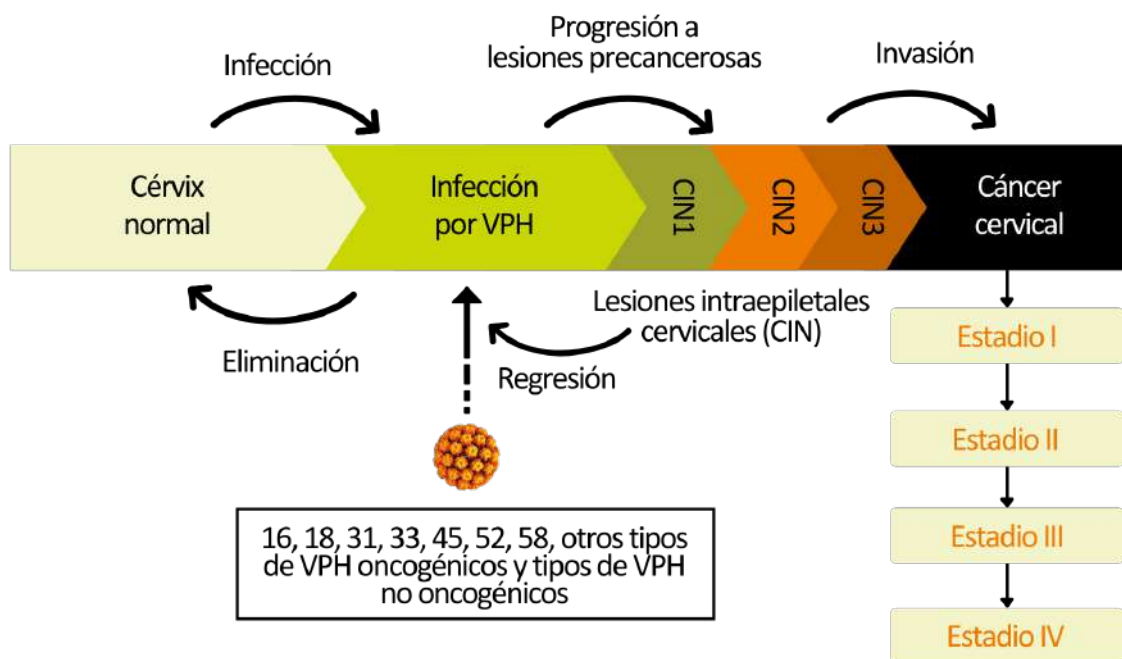
Causas y factores de riesgo

La **infección crónica del Virus del Papiloma Humano (VPH)** es la causa fundamental en más del **99% de los casos** de cáncer de cérvix. Se consideran factores de riesgo todos aquellos relacionados con la adquisición de la infección. Hay otros cánceres relacionados con la infección crónica por VPH como el cáncer de vulva (46%), vagina (70%), anal (88%), pene (50%) y orofaringe (26-50%).

El VPH es la infección de **transmisión sexual más común** y la mayoría de la población sexualmente activa entra en contacto con el virus a lo largo de su vida. La infección es **asintomática** así que muchos de los infectados lo desconocen y por lo tanto lo pueden transmitir. **Hasta un 90% de las infecciones por VPH se eliminan sin tratamiento durante los primeros dos años y solo aquellas que se cronifican pueden dar lugar a lesiones precancerosas que progresen a un cáncer invasivo.**

Están descritas más de **130 variedades de VPH**, de las cuales al menos 14 se consideran de alto riesgo para el desarrollo de cáncer. Los subtipos 16 y 18 causan aproximadamente el 70% de todos los cánceres. Algunos subtipos, como el 6 y el 11, no están relacionados con el desarrollo de cánceres, pero sí de verrugas genitales que son muy frecuentes y altamente contagiosas.

En una mujer con un sistema inmunocompetente, **el desarrollo del cáncer de cérvix puede llevar de 15 a 20 años**, sin embargo, en aquellas mujeres inmunosuprimidas, el tiempo de desarrollo de la enfermedad será significativamente menor, **entre 5 y 10 años**.



Esquema simplificado del modelo de simulación de Monte-Carlo que muestra los estados transitorios de salud de la historia natural de la infección por VPH y del cáncer de cérvix.

Factores de riesgo

- **Edad temprana** de inicio de las **relaciones sexuales**.
- **Promiscuidad** sexual o parejas de alto riesgo.
- **Inmunosupresión** (transplantadas, pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento con esteroides, VIH, etc.).
- **Antecedentes** de co-infección por enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, clamidia, sífilis, VHI, etc.).
- **Uso de píldora anticonceptiva**, pues suele llevar asociado no usar métodos barrera.
- **Falta** de adherencia al **programa de cribado** poblacional.
- **Tabaquismo**, duplican su riesgo respecto a las no fumadoras.
- **Multiparidad** y primer embarazo a una edad temprana.
- Tipo de infección por VPH, debido al potencial oncogénico de cada subtipo.

Prevención

Para reducir el riesgo de cáncer de cuello uterino, se recomienda la prevención:

- **Preguntar al médico acerca de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.** Recibir una vacuna para prevenir la infección por Virus del Papiloma Humano puede reducir el riesgo de cáncer de cuello uterino y otros cánceres relacionados con el Virus del Papiloma Humano.
- **Pruebas de Papanicolaou de rutina.** Las pruebas de Papanicolaou pueden detectar afecciones precancerosas del cuello uterino, por lo que pueden ser monitoreadas o tratadas para prevenir este tipo de cáncer. Se recomienda hacerlas a partir de la edad de 21 años y repetirlas cada pocos años.
- **Mantener relaciones sexuales seguras**, como usar un condón cada vez que haya relaciones sexuales y limitar el número de parejas sexuales.
- **No fumar.**

Frecuencia de edad del cáncer de cérvix

- **Edad media** de diagnóstico = **48 años**
- Aproximadamente el **47%** de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica **antes de los 35 años**.
- Solo el **10%** de los diagnósticos se hacen en mujeres **mayores de 65 años**.

Diagnóstico

1. Exploración física y ginecológica: se realiza un examen visual del cérvix con espéculo.

2. Citología cervical (Papanicolaou): es el principal método de cribado poblacional. Identifica células anormales. Sensibilidad baja pero alta especificidad. Es más sensible para lesiones de estirpe escamosa.

3. Prueba de VPH: prueba de alta sensibilidad y especificidad. Pueden ser de 3 tipos:

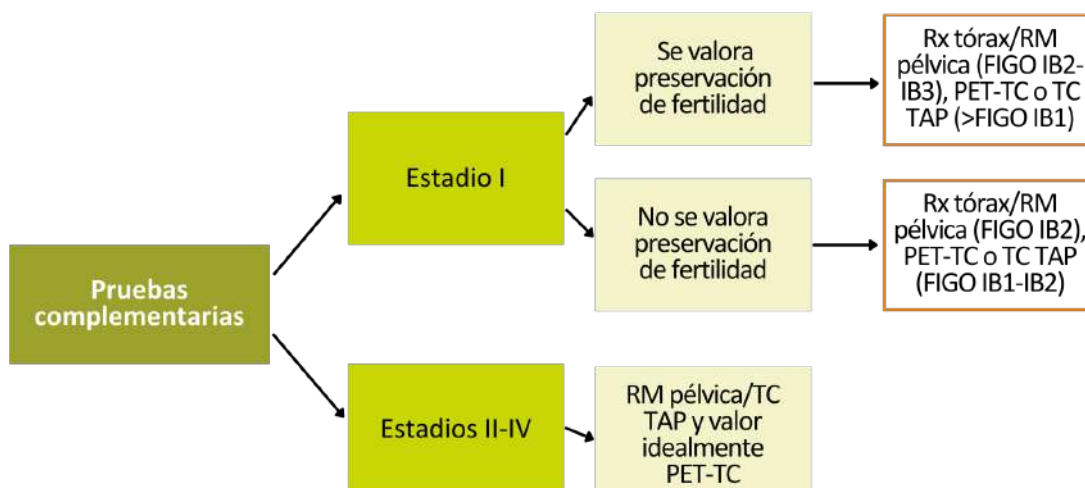
- Detección del DNA viral, asociada a la citología mejora la detección de lesiones.
- Detección del RNA de los genes E6 y E7 del VPH (tiene mayor tasa de falsos positivos).
- Detección de marcadores celulares que buscan ciertas proteínas con expresión aumentada con la infección del VPH. Consigue disminuir los falsos positivos en combinación con el Papanicolaou.

4. Colposcopia: se realiza cuando alguna de las pruebas de cribado resulta positiva o si existe sospecha clínica. Permite ver con mayor detalle la morfología de lesiones sospechosas y en el mismo acto tomar biopsias.

5. Biopsia cervical: consiste en la toma de un pequeño fragmento de la lesión sospechosa para corroborar el diagnóstico de sospecha.

6. Determinaciones analíticas: tienen mayor utilidad cuando existe enfermedad avanzada localmente o a distancia, prestando especial atención a la función renal y hepática.

7. Pruebas de imagen: completan la información de las pruebas anteriores (radiografía de tórax, cistoscopia y/o rectosigmoidoscopia, urografía, ecografía transvaginal). Actualmente se prefiere utilizar pruebas más precisas: Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética (RM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) o PET-TC.



Seguimiento

Aproximadamente el **30%** de las pacientes con cáncer de cérvix sufrirán una **recaída** tras recibir un tratamiento óptimo. Hasta un 75% de las recidivas ocurren **en los 3 años siguientes al diagnóstico**. La localización más frecuente es pélvica y a nivel ganglionar paraórtico. El riesgo depende del estadio al diagnóstico.

Los protocolos de seguimiento tienen como objetivo **detectar lo antes posible** la recidiva de manera que pueda ser susceptible de recibir un tratamiento con intención curativa.

En el caso del cáncer de cérvix no se ha demostrado su eficacia, esto hace que sea complicado establecer la periodicidad y saber cuáles son las pruebas complementarias más adecuadas, habitualmente se hace en función del riesgo del paciente.

Existen ciertos síntomas ante los cuales la paciente se debe remitir a consulta para valoración, ya que son sugestivos de recidiva. Se incluyen: sangrado vaginal, dolor pélvico o abdominal, síntomas urinarios, rectorragia o hematoquecia y alteraciones de tránsito gastrointestinal.

La **primera revisión se recomienda a los 3-6 meses** del fin de tratamiento, incluyendo una prueba de imagen PET-TC o TC de tórax-abdomen-pelvis para aquellas con un estadio FIGO II o superior.

Durante los dos primeros años a las pacientes de alto riesgo se les recomienda un examen físico y ginecológico **cada 3 meses** y si son de bajo riesgo, de manera semestral. Desde los 3 hasta los 5 años seguimiento semestral y **desde los 5 años revisión anual**.

Se recomienda realizar Rx de tórax anual, pero el resto de las pruebas complementarias deben ser en función de la sintomatología.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de cérvix, difiere **en función del estadio clínico del tumor**, es decir, de lo extendido que esté a nivel local en el aparato genital y en otros órganos. Para comprender mejor cómo se trata el cáncer de cérvix debemos conocer su forma de propagación:

- **Por extensión local:** hacia la vagina o lateralmente hacia los parametrios (o laterales del cuello uterino), por contigüidad y también mediante los vasos linfáticos (vía linfática directa).

Posteriormente se extiende a los órganos vecinos: vejiga y recto.

- **Invasión linfática:** cuando los espacios linfáticos del estroma son invadidos y las células tumorales van hacia varios grupos ganglionares, primero cercanos al aparato genital y pélvico, y después afectan a otros ganglios más lejanos como los que rodean los vasos ilíacos y la arteria aorta y vena cava.
- **Invasión vascular:** desde los ganglios aórticos. Producen metástasis pulmonares, hepáticas, menos frecuentemente óseas y cerebrales.

Existen dos modalidades de **tratamiento primario**: la cirugía y la radioterapia.

Cirugía

La técnica quirúrgica es tanto más extensa cuanto mayor es el tamaño del tumor y también depende de si la mujer tiene sus deseos genésicos cumplidos; es decir, si ha tenido o no hijos.

1. Sobre el útero: niveles de radicalidad

- **Traquelectomía:** consiste en la extirpación del cérvix por debajo del nivel de la arteria uterina, dejando el resto del cuerpo uterino. De esta manera es posible un embarazo.
- **Histerectomía radical modificada:** es la extirpación del útero y los parametrios o tejido situado en los laterales del útero y la parte superior de la vagina. Constituye una técnica compleja, puesto que es preciso separar los uréteres del útero en su entrada a la vejiga. Hay riesgo de lesión ureteral, vesical e intestinal.
- **Exenteración:** en tumores con extensión a la vejiga y recto, se lleva a cabo una extirpación en bloque del aparato genital, junto con la vejiga y el recto.

2. Sobre los ganglios linfáticos:

- **Linfadenectomía pélvica:** extirpación de los ganglios pélvicos.
- **Linfadenectomía para-aórtica:** extirpación de los ganglios situados alrededor de la arteria aorta y vena cava.

Radioterapia

Puede ser:

- **Externa:** sobre la pared pélvica y abdominal.
- **Braquiterapia (uterina):** a través de un dispositivo situado en la vagina.

La **quimioterapia** sólo se utiliza en los casos de **mal pronóstico o estadio avanzados**.

Efectos adversos a largo plazo del tratamiento

Los efectos adversos son variados y van desde **debilitar los músculos del recto**, dando lugar a alteraciones del tránsito gastrointestinal, incontinencia o sangrado rectal.

La **quimioterapia** también ocasiona efectos adversos que se inician durante el tratamiento con platinos y taxanos en forma de **neuropatía sensitivo-motora**.

La **histerectomía** aumenta el riesgo de **incontinencia urinaria y prolapso vaginal** incluso años después de la cirugía por debilidad de los músculos del suelo pélvico.

A nivel **psicológico** los principales problemas incluyen trastornos del estado de ánimo, **estrés, ansiedad y pánico** ante una posible recaída.



“La infección es asintomática así que muchos de los infectados lo desconocen y por lo tanto lo pueden transmitir. Hasta un 90% de las infecciones por VPH se eliminan sin tratamiento durante los primeros dos años y solo aquellas que se cronifican pueden dar lugar a lesiones precancerosas que progresen a un cáncer invasivo.”

1.3 Qué implica tener la enfermedad en España o en África

Actualmente **la incidencia en España es muy baja**, con un descenso importante desde 1960, debido principalmente a la **concienciación de la población** para realizarse pruebas periódicas de prevención. La edad media de diagnóstico son los 48 años, casi la mitad de los casos se diagnostica antes de los 35 años y solo el 10% en mayores de 65 años.

Sin embargo, **en África la situación cambia por completo debido a la falta de medios, un sistema sanitario no gratuito para el paciente y la ausencia de campañas de identificación precoz** dificultan el diagnóstico.

Como explica la doctora **Charo Noguero Meseguer** (Jefa del servicio de Ginecología del Hospital Rey Juan Carlos I, Madrid) que ha estado **en Camerún** en dos ocasiones durante la campaña de cáncer de cérvix de Fundación Recover en 2019 y 2021:

*El cáncer de cérvix es una patología muy frecuente entre las mujeres de Camerún y de África Subsahariana en general. A día de hoy en gran parte de los casos el diagnóstico se hace **en estadios avanzados, sin posibilidad de tratamiento** salvo el paliativo.*

La **falta de medios y de recursos económicos son una realidad**, como comenta la doctora: *aun si se diagnostica a tiempo, los tratamientos son caros e inaccesibles y la mayor parte de las veces ni siquiera existen los medios técnicos.*

Esta realidad en África se hace más palpable si cabe en las zonas rurales, donde la doctora pudo constatarlo durante sus viajes: **la sanidad es deficiente y el acceso difícil o imposible para la población, especialmente en áreas rurales.** *Existe una escasez real de profesionales y una necesidad de formación entre los profesionales sanitarios.*

País	Población	IDH	Ranking IDH	Muertes al año	Tasa de mortalidad	Ranking mundial (fallecimientos)	Ranking local (fallecimientos)
BENÍN	12.506.000	0,545	158	379	13,12%	61	3ª causa
CAMERÚN	25.565.000	0,563	153	1.190	19,96%	28	3ª causa
COSTA DE MARFIL	27.088.000	0,538	162	921	18,82%	32	4ª causa
ESPAÑA	47.489.000	0,904	25	1005	1,87%	158	15ª causa

Fuente: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/spain-cervical-cancer>

“La salud es un derecho humano. Para materializarlo serán cruciales la determinación política y las alianzas. Demostremos al mundo que estamos dispuestos a subsanar las deficiencias en materia de cobertura sanitaria en todo el mundo y a asegurar la salud para todos.”

António Guterres

Secretario General de las Naciones Unidas

2. Marco de referencia

Benín, Camerún y Costa de Marfil

Contexto global - Organización Mundial de la Salud (OMS)

Según la OMS, el cáncer cervicouterino es una de las **amenazas más graves** para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. **La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida.** En 2012 se diagnosticaron 528.000 casos nuevos y **266.000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% en países de ingresos bajos o medios.** Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a este cáncer podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años.

La Estrategia Mundial de la OMS para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino, cuyo lanzamiento tuvo lugar en noviembre de 2020, se basa en tres pilares fundamentales: **la vacunación, la detección y el tratamiento.** La aplicación con éxito de estos tres pilares podría llevar a una **reducción de más del 40% de los nuevos casos** de la enfermedad y **evitar 5 millones de muertes** relacionadas para el año 2050.

Por primera vez, 194 países se comprometen a eliminar un cáncer como resultado de una resolución en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2021. El logro de las siguientes metas para el año 2030 pondrá a todos los países en el camino hacia su eliminación:

- **90% de las niñas totalmente vacunadas antes de cumplir los 15 años** con la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.
- **70% de las mujeres examinadas antes de los 35 y nuevamente antes de los 45 años** mediante una prueba de alta precisión.
- **90% de las mujeres diagnosticadas reciben tratamiento** (90% de las mujeres con lesiones precancerosas y 90% de las mujeres con cáncer invasivo).



Benín

País	Población	IDH	Ranking IDH	Muertes al año	Tasa de mortalidad	Ranking mundial (fallecimientos)	Ranking local (fallecimientos)
BENÍN	12.506.000	0,545	158	379	13,12%	61	3ª causa
ESPAÑA	47.489.000	0,904	25	1005	1,87%	158	15ª causa

La situación en Benín es un problema de salud pública. En Benín, el cáncer de cuello uterino es el cáncer ginecológico más mortífero y la **tercera causa de muerte** en el país.

En casi el **99%** de los casos, este cáncer está relacionado con la infección por el Virus del Papiloma Humano o **VPH**. Este virus altamente contagioso se transmite por simple contacto sexual, incluso sin penetración. Ante esta situación, las autoridades beninesas están intensificando sus esfuerzos.

Después de unirse en 2019 al proyecto *Care4Afrique* (“Remedio contra el cáncer en cuatro países africanos”), iniciado por la Fundación Lalla Salma de la Princesa de Marruecos y la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Benín ofrece ahora un **cribado gratuito y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años**.

El objetivo es “*reducir en al menos un 50% la mortalidad por cáncer de cuello de útero*”, especifica la Fundación Claudine Talon, que apuesta por la lucha contra el cáncer de cérvix. Para ello, **se movilizaron 9 centros de salud** para el cribado y tratamiento de mujeres beninesas afectadas por esta enfermedad. Estos son el CHU-MEL, el centro de salud de Ahouansori, el de Gbégamey, el de Missessin y el de Suru-Léré en el departamento costero (en el sur), así como el CHUD-Borgou Alibori, el centro de salud de Kpébié, el de Parakou y el de Zongo en el departamento de Borgou (en el norte).

Equipados con **equipos de última generación** como el colposcopio, dispositivos de termo coagulación, generadores de electrocoagulación, mesas de exploración ginecológica, lámparas portátiles, espéculos e insumos médicos, estas estructuras de salud “*permitieron el inicio efectivo de la atención a los beneficiarios*”, especifica Florencia Penson, gerente de programas de la Fundación Claudine Talon.

Se invita a las mujeres a hacerse la prueba de forma gratuita en los centros de salud, porque **las mujeres que presentan células precancerosas no presentan síntomas. Los síntomas solo aparecen cuando el cáncer ha llegado a un estadio avanzado que muchas veces no permite curar**, recuerda el ginecólogo, Dr. Sidi, coordinador del programa en el departamento de Borgou. Es por ello que se recomienda realizar un cribado por *frotis*.

Camerún

País	Población	IDH	Ranking IDH	Muertes al año	Tasa de mortalidad	Ranking mundial (fallecimientos)	Ranking local (fallecimientos)
CAMERÚN	25.565.000	0,563	153	1.190	19,96%	28	3ª causa
ESPAÑA	47.489.000	0,904	25	1005	1,87%	158	15ª causa

El cáncer de cuello de útero es una de las principales causas de mortalidad femenina en África y, sin embargo, es diagnosticable y tratable si se toman medidas preventivas. En el caso de Camerún, **cada día mueren cuatro mujeres** por cáncer de cérvix. Según las cifras, **30/100.000 mujeres** en Camerún frente a 15/100.000 mujeres en todo el mundo están afectadas por cáncer de cuello uterino y se registran 1.546 casos nuevos por año, siendo al igual que en Benín la **tercera causa de fallecimiento**.

A pesar del conocimiento de las causas y medios para combatir el cáncer de cuello uterino en Camerún, **la morbilidad y la mortalidad aumentan constantemente**. Esta situación se explica por varios factores:

- **Personal insuficiente** que ha recibido formación específica en la atención de pacientes con cáncer. Camerún está por debajo de la proporción médico-paciente, ya que tiene 1,1 médicos y 7,8 enfermeras y matronas por cada 10.000 habitantes; y con una gran disparidad en la distribución geográfica del personal sanitario.
- **A nivel socioeconómico**, la precariedad en las poblaciones supone que las mujeres no puedan hacerse cargo de sí mismas debido al **alto coste del tratamiento** para una camerunesa promedio; unido a creencias en determinados tratamientos tradicionales.
- **A nivel institucional**, la falta de implementación de una estrategia nacional de prevención del cáncer lastra la implementación del plan estratégico nacional de lucha contra el cáncer cervicouterino desarrollado desde 2016. Por otra parte, no hay un plan de comunicación integrado (PCI) sobre factores de riesgo de cáncer modificables.

Nota: para ampliar información sobre la realidad en Camerún, ver el Anexo I: Resumen Informe I Jornada sobre cáncer de cérvix en Camerun, Yaundé.

Costa de Marfil

País	Población	IDH	Ranking IDH	Muertes al año	Tasa de mortalidad	Ranking mundial (fallecimientos)	Ranking local (fallecimientos)
COSTA DE MARFIL	27.088.000	0,538	162	921	18,82%	32	4ª causa
ESPAÑA	47.489.000	0,904	25	1005	1,87%	158	15ª causa

En Costa de Marfil la **media de nuevos casos por año es de 27 a 30 por 100.000 mujeres** en lo que al cáncer de cuello de útero se refiere, lo que supone cifras similares al cáncer de mama. Aunque ligeramente mejor que en Benín y Camerún, es la **cuarta causa de fallecimiento** en el país.

En las mujeres, **la edad promedio de diagnóstico es 49 años** y los cánceres de cuello de útero (33,25%), respecto a los de mama (12,44%) y piel (10,50%) son los más frecuentes.

La quinta edición de la campaña de sensibilización y detección gratuita del cáncer de cuello uterino y de mama organizada por la Jeune Chambre Internationale Abidjan Ivoire en colaboración con sus socios tuvo lugar del 19 al 20 de marzo de 2021 en el hospital general de Bingerville.

Al igual que en los otros dos países, los dos cánceres se ignoran en gran medida y son causantes de muchas muertes. En Costa de Marfil existe una **rápida progresión de nuevos casos de cáncer**. En 2020, hubo 5.373 nuevos casos de cáncer entre mujeres, con la consecuencia de 3.202 muertes según cifras del Ministerio de Salud e Higiene Pública.

La prevención a través de **la concienciación y el cribado** constituye la estrategia más eficaz a corto plazo para la lucha contra el cáncer.

3. Intervención en cáncer de cérvix por parte de Fundación Recover

3.1 Antecedentes del proyecto

En Camerún, la mayoría de pacientes con cáncer de cérvix, de acudir a la consulta, lo hacen cuando la enfermedad se encuentra en una fase avanzada debido a la falta de información, determinadas creencias locales y la carencia de recursos económicos suficientes. Estos factores hacen que **se demore el diagnóstico, se dificulte el tratamiento y se acorte drásticamente la esperanza de vida.**

Dados los bajos niveles en inversión pública del sistema sanitario, **la población debe asumir los costes íntegros de su salud.** En este sentido, los gastos privados constituyen un porcentaje muy alto en la estructura del gasto total de salud, lo que implica que solo las personas con cierto nivel adquisitivo pueden acceder a los servicios de salud, generando una **enorme inequidad en el acceso** a dichos servicios. Para disminuir esta brecha es necesario seguir invirtiendo, entre otras cosas, en prevención, para poder garantizar que **las personas sean diagnosticadas a tiempo, lo que redundará en un tratamiento más sencillo y barato,** y que su esperanza y calidad de vida se vean incrementadas.

El cáncer de cuello de útero (cáncer de cérvix), como ya se ha comentado anteriormente, es una infección genital debida al Virus del Papiloma Humano (VPH) en el 99% de los casos y es una de las principales causas de mortalidad femenina en África. La mayoría de los adultos han sido **infectados por el VPH en algún momento de su vida.** Sin embargo, la mayor parte de las infecciones desaparecen por sí solas. Una infección de VPH que no desaparece puede degenerar en cáncer de cuello de útero. Diagnosticado precozmente, el cáncer puede ser tratado con éxito. Sin embargo, en Camerún, como en otros países, **la falta de infraestructuras, de recursos humanos, el bajo nivel educativo de las mujeres, la falta de información sobre la salud, así como otras prioridades de salud (SIDA, tuberculosis, paludismo, etc.), hacen que las mujeres no sean examinadas a tiempo y sea muy difícil acceder a un tratamiento adecuado.**

Las mujeres, generalmente, **desconocen la necesidad de realizarse estas pruebas.** Pero incluso cuando tienen conocimiento de ello, en muchas ocasiones no disponen de los recursos económicos necesarios para costearlas. En otros casos, prefieren priorizar los escasos recursos de que disponen para atender necesidades básicas como la alimentación, la educación o la atención sanitaria de sus hijos e hijas.

En Camerún, este cáncer es responsable de cerca del **24% de las muertes totales** por cáncer en mujeres (según datos de la OMS, 2014). En este contexto, **Fundación Recover** lleva **desde 2014** apoyando al Centro Hospitalario Dominicano Saint Martín de Porres (CHDSMP), para implementar un plan de prevención del cáncer de cuello de útero, llevando a cabo diferentes iniciativas que culminan con la puesta en marcha de una **campaña global en 2018.**

3.2 Acciones realizadas e hitos conseguidos

Campañas en 2018, 2019, 2021

Como ya se ha indicado, el virus del papiloma (VPH), es el causante infeccioso del carcinoma de cérvix uterino. En los países de **África Subsahariana** este virus sería responsable de una incidencia por edad y año de **19,3 neoplasias** (cérvix principalmente), por cada 100.000 habitantes.

Desde el **Centro Hospitalario Dominicano Saint Martin de Porres**, el entonces director médico Dr. Hermann Fossoh, consciente de esta realidad y tras las primeras experiencias realizadas en el CHDSMP, **propone a Fundación Recover poner en marcha una campaña de despistaje para el diagnóstico del cáncer de cérvix**. Pero no debemos olvidar que uno de los objetivos prioritarios es sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de realizar una revisión ginecológica periódica, para evitar que la enfermedad avance de forma silenciosa.

Durante **2018-2019** se llevó a cabo una **exitosa primera campaña** involucrando a seis centros médicos (ver tabla inferior), en la que **1.221 mujeres** pudieron realizar la prueba de cribado, **detectándose 58** con H-SIL y en la que los **test de VIH**, aplicados a 840 mujeres, arrojaron un total de **139 casos positivos**, que cada centro incorporó a su fila activa de pacientes con VIH para poder darles un tratamiento y seguimiento adecuados. Más allá de las actividades realizadas directamente relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres, destaca la **formación de 10 profesionales sanitarios** pertenecientes a los seis centros participantes, llevada a cabo en el CHDSMP, que actuó como centro escuela.

De manera análoga, la campaña **2019-2020**, con la participación de los mismos 6 centros, supuso el cribado de **1.299 mujeres**, con un total de **38 cirugías terapéuticas**, entre conizaciones e hysterectomías. Respecto a los **test VIH**, se analizaron 832 mujeres, con un total de **90 casos positivos**, que, tal y como se ha comentado, fueron incorporados a la fila activa de cada centro.

El número de mujeres cribadas en cáncer de cérvix y el de las que se sometieron al test de VIH debería coincidir, pues uno de los objetivos de la campaña es aprovechar la visita de las mujeres para someterse al frotis en relación con el cáncer de cérvix, para realizarles el test de VIH, dada la elevada incidencia de esta enfermedad en Camerún y también porque **la convivencia de VIH y VPH se retroalimenta** (el VIH baja los niveles de inmunidad y favorece el desarrollo del VPH). Factores como la inmunodepresión, secundaria al VIH, dificultarían la eliminación del virus y curación espontánea y, por tanto, la progresión al cáncer. Sin embargo, dicha diferencia radica en el hecho de la todavía **estigmatización que sufren los enfermos de VIH/SIDA en Camerún**, de manera análoga a como sucede en muchos otros países de África subsahariana en concreto y del mundo en general. Las mujeres participantes en las campañas son conscientes de tal estigmatización y no quieren, siquiera, someterse a las pruebas, ante la posibilidad de que llegue a oídos de su comunidad el hecho de que han pasado por la unidad de VIH del centro.

Se muestran a continuación los resultados de las campañas 2018-2019 y 2019-2020:

2018-2019					
Datos generales		Biopsias	VIH/SIDA		
Centro	Pacientes	Nº	Nº pruebas	VIH (+)	% positivos
CHDSMP	290	12	130	1	0,77%
DJUNANG	211	27	211	4	1,90%
BIKOP	285	10	187	101	54,01%
OBOUT	85	3	63	7	11,11%
MONAVEBE	154	0	60	7	11,67%
INSOLÀFRICA	196	2	189	19	10,05%
TOTAL	1.299	20	832	90	16,55%

Centro	Biopsias	ASC-US	SIL-LG	SIL-HG
CHDSMP	12	2	22	11
DJUNANG	27	0	18	21
BIKOP	10	1	23	20
OBOUT	3	0	6	1
MONAVEBE	0	1	13	1
INSOLÀFRICA	2	0	18	4
TOTAL	54	4	100	58

2019 - 2020							
Datos generales		Biopsias	VIH/SIDA			Conizaciones	Histerectomías
Centro	Pacientes	Nº	Nº pruebas	VIH (+)	% positivos	Nº	Nº
CHDSMP	526	8	154	3	0	4	2
DJUNANG	289	5	289	14	0	5	0
BIKOP	172	0	172	59	0	22	2
OBOUT	62	0	62	5	0	0	0
MONAVEBE	150	4	55	1	0	0	3
INSOLÀFRICA	100	3	100	8	0	0	0
TOTAL	1.299	20	832	90	0	31	7

En **2020** no se pudo llevar a cabo esta campaña debido a la **pandemia de covid-19**. Sin embargo, en **2021** sí se ha podido poner en marcha. El primer centro que la ha llevado a cabo ha sido el **centro de salud de Bikop, que ha contado con la colaboración de un equipo del Hospital Rey Juan Carlos I de Madrid**, formado por la Dra. Charo Noguero (Jefa del servicio de ginecología), la Dra M^a Purificación Domínguez (patóloga) y Raquel Barba (directora médica del hospital). La campaña duró una semana en el mes de junio.



Posteriormente se lanzó en los **centros de la Red Recover**, tres de los cuales estaban presentes en años anteriores y **dos son nuevas incorporaciones dado el éxito** de las intervenciones anteriores. Estos son: Centro de salud de Monavebe (Sangmélíma), Hospital Dominicano Saint Martin de Porres (Yaundé), Hospital St. Rosaire (Mbalmayo), Gabinete Médico Nuestra Señora de la Mercé (Mehandan, Yaundé) y el Hospital St. Dominique (Djunang). En el momento de elaborar este informe solo están finalizadas las campañas de Bikop (ver apartado *Voluntariado sanitario en terreno*) y en Monavebe, cuyos datos se transcriben a continuación.

Centro de Salud Desarrollado con Maternidad de Monavebe *Campaña julio 2021*

Este centro llevó a cabo su campaña a lo largo del mes de julio, entre los días 12 y 22, testándose un total de **40 mujeres** con edades comprendidas entre los **18 y los 62 años**, arrojando lo siguientes datos:

- **20 mujeres** presentaron un frotis **normal**, a revisar en uno o dos años.
- **A 11 mujeres** se les detectó una **lesión de grado bajo** (L-SIL), con revisión prevista en 6 meses.
- **A 1 de las 40 mujeres** que participaron en la campaña se le detectó una lesión de **grado alto** (H-SIL), precisando de una biopsia cervicouterina.
- **Las 8 mujeres restantes** presentaron **inflamación** o G. Vaginalis (Gardnerella vaginalis), a las que se aplicó el tratamiento correspondiente y se propuso revisión entre 3 y 6 meses.

En lo que respecta a los **test de VIH** que se llevaron a cabo de manera paralela a los frotis de la campaña de cáncer de cérvix, todas las mujeres dieron **negativo**.

3.2.1 Voluntariado sanitario español en terreno

En 2019 se planteó la participación en este proyecto de cooperación de voluntarias **españolas profesionales sanitarias** con el objetivo de fortalecer el cribado de mujeres con cáncer de cérvix en dos áreas sanitarias: el Centro de Salud Católico de Bikop y el Centro Médico Critsto Rey de Obout, ambos situados en la **selva sur-centro de Camerún**.

Si bien el **test de VPH** es el más aceptado para este fin por su elevada sensibilidad comparada con la citología, su especificidad es baja y, desde el punto de vista práctico y económico, **complicado de incorporar** a esta intervención en particular. Por este motivo, en los centros donde ellas participaron se realizó el **cribado mediante citología** cervicovaginal según el método de **Papanicolau**, asociada a la visualización del cérvix uterino con colposcopia después de la aplicación de ácido acético y solución de *Lugol* a semejanza del proyecto de la OMS en varios países de África subsahariana.

El trabajo se desarrolló durante el mes de noviembre de 2019 en el marco de un conjunto de actuaciones destinadas a la **formación del personal técnico local y de enfermería**, y a proporcionar **educación y atención sanitaria de calidad a la población femenina** de las áreas de influencia de los dos centros considerados.

En Bikop se atendió a **179 mujeres** con una edad media de 42,3 años y un 23,70% de VIH positivas. Por su parte, en Obout se atendió a **62 mujeres**, con una edad media de 43 años y un 14,10 % VIH positivas.

En Bikop hubo un **12,2% de lesiones intraepiteliales de bajo grado** (L-SIL), un **1,6% de alto grado** (H-SIL) y **1 caso de cáncer de cérvix**, con un 9,3 % de las colposcopias anormales y buena correlación entre pruebas (Spearman= 0,659). Los LSIL fueron más frecuentes en VIH positivas (8% vs 17,2%), así como los H-SIL (2,3% vs 17,2%) (p = 0,024). Se realizaron **22 conizaciones**, con un 68,2% de Neoplasias Intraepitelial Cervicales grado I (CIN I) y 27,7% CIN II-III. En 44 mujeres las ecografías fueron patológicas y **4 presentaron tumoraciones mamarias**.

En Obout el 16,1% de citologías fueron patológicas, sin realizar colposcopias ni conizaciones por no localización de las mujeres. Se encontraron 24 ecografías anormales. Fueron intervenidas **3 mujeres por carcinoma de cérvix y tumoraciones ováricas**. Las mujeres que fueron sometidas a conización estuvieron bajo observación durante 1 hora tras la intervención, antes de regresar a sus domicilios, sin presentar complicaciones.

Dado que la participación de este grupo de voluntariado fue muy bien valorada por todas las partes implicadas, en el año 2021 han vuelto a participar activamente, coordinando las actividades con el equipo local y desplazándose entre el 5 y el 13 de junio al centro de Bikop, donde se llegó a diagnosticar a 199 mujeres.

A todas las mujeres se les practicó una **exploración mamaria**, con evaluación y análisis de nódulos mamarios, así como una **evaluación ecográfica de útero y ovarios**, aprovechando la participación de las mujeres en la campaña de despistaje de cáncer de cérvix. La exploración mamaria ha ido asociada a una charla informativa a todo el personal del centro de salud, en la que se hizo hincapié en la presencia de signos de cáncer de mama. Respecto a los resultados, destacan los siguientes hallazgos citológicos patológicos:

- **Neoplasia intraepitelial** de alto grado en 6 pacientes, de las cuales a 5 se les practicó una conización. Una de las mujeres rechazó la intervención.
- **Diagnósticos ecográficos** en 52 mujeres.
- **Hallazgos en exploración mamaria:** 2 pacientes con adenopatías fisiológicas y 2 pacientes ya diagnosticadas de cáncer de mama.

El análisis de muestras al microscopio en laboratorio sirvió para la visualización y presentación de **alteraciones citológicas al personal técnico de laboratorio**, así como la evaluación ecográfica de las pacientes, que sirvió para la resolución de dudas ecográficas y en cirugía ginecológica por parte del personal médico del centro.

Aprovechando su visita a Camerún, este grupo de voluntariado participó en el I Coloquio sobre Cáncer de Cérvix organizado por Fundación Recover el 9/6/2021 en Camerún.

3.2.2 Otros aportes de esta campaña

Como resultado de las diferentes campañas llevadas a cabo en terreno se identificó la importancia de contar con un **protocolo de actuación** que pudiera servir de base a todos los centros, no solo a los que están participando activamente en la misma, sino también a aquellos centros que participan en la **Plataforma de Telemedicina** de Fundación Recover. Así, desde el Hospital Saint Dominique de Djunang, el Dr. Désiré Ngoumou, director en funciones y ginecólogo del centro, diseñó un protocolo de actuación para las campañas de cáncer de cérvix que se compartió con los demás centros.

Nota: el protocolo de actuación de Djunang puede leerse en el Anexo II.

3.2.3 Jornada de Cáncer de cérvix en Camerún

Junio de 2021

Por primera vez, Fundación Recover ha organizado un **coloquio en Yaundé** (Camerún) sobre el cáncer de cérvix. Este coloquio se llevó a cabo el 9 de junio de 2021, aprovechando la estancia del equipo de voluntarias del Hospital Rey Juan Carlos I en Camerún.

Se trató de una **jornada dedicada a compartir experiencias** entre los participantes y **contó con el apoyo institucional del Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Promoción de la Mujer y la Familia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Embajada de España en Camerún**. El presidente del comité científico del coloquio fue el Profesor Blaise Nkegoum, cancerólogo del CHU de Yaundé. Los temas tratados en el coloquio fueron:

- **Factores de riesgo**, clasificación citológica e histológica de las lesiones del cuello de útero.
- **Dificultades** en la lucha contra el cáncer de cuello de útero en Camerún.
- **Especificidades** en pacientes seropositivas de **VIH**.
- **Medios de prevención:** la vacuna.
- **Herramientas de diagnóstico** de cuello de útero en Camerún.
- **Herramientas de diagnóstico en España y en el mundo**
Caso de la mujer embarazada
Últimos descubrimientos sobre el cáncer de cuello de útero
Aplicación de las nuevas tecnologías en salud
- **Cuidados paliativos**
- **Informe de la campaña** de cuello de útero en los centros de Bikop y Obout en 2019-2020

Nota: para ampliar información puede leerse el Anexo I Resumen del informe I Jornada sobre cáncer de cérvix en Yaundé, Camerún.

3.3 Propuestas y retos de futuro

Tras la experiencia acumulada, Fundación Recover ha resuelto las siguientes prioridades:

- **Reforzar la sensibilización** y movilización de la población en relación al conocimiento de la enfermedad.
- **Reforzar las capacidades de los profesionales** sanitarios en el cuidado de la enfermedad, en el apoyo psicológico y en los cuidados paliativos.
- **Puesta en marcha de una plataforma multi-actores** que permita la eficacia y la eficiencia en las acciones a realizar en el futuro.
- **Establecer un partenariado sostenible** con el Estado, los organismos internacionales y la sociedad civil (ONG, asociaciones locales, etc.).

Desde **Fundación Recover** queremos continuar nuestra labor de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a través de la **realización de las campañas** cáncer de cérvix de manera anual tanto en Camerún, donde ya tenemos probada experiencia, como en otros países donde colaboramos (como por ejemplo, Costa de Marfil y Benín), donde aún no hemos replicado la experiencia de Camerún.

Fundación Recover se plantea como objetivo fortalecer día a día esta campaña, ayudando así a los centros involucrados a prestar un **mejor servicio y asistencia sanitaria** de calidad a sus pacientes con cáncer de cérvix.



“Mediante la vacunación de las niñas, el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas y la mejora del acceso al tratamiento de los cánceres invasivos, podemos eliminar el cáncer de cuello de útero como problema de salud pública y convertirlo en una enfermedad del pasado.”

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General de la Organización Mundial de la Salud

Conclusiones

El cáncer de cuello de útero es un **problema de salud mundial** que afecta tanto a las mujeres de los países empobrecidos como de los países occidentales. Las proyecciones de la enfermedad en el período 2010 a 2030 revelan una **tendencia al aumento** de nuevos casos, siendo mayor el riesgo de enfermar por cáncer de cuello de útero en mujeres de países en desarrollo.

En los países de alto índice de desarrollo humano, los **programas de cribado permiten la detección precoz en fase preclínica y un tratamiento temprano, lo que se traduce en bajas cifras de mortalidad**. Sin embargo, en los países de bajos ingresos y en concreto en los países de **África Subsahariana**, estos programas se realizan de manera puntual, con poco acceso de la población que además debe **abonar los costes derivados de la asistencia sanitaria**, produciéndose un elevado número de muertes por esta patología. A todo ello hay que sumar la **alta incidencia de VIH**, que junto a la inmunodepresión, supone que la paciente sea aún más sensible a todo tipo de virus y, por tanto, al VPH.

Los tres pilares fundamentales para la mejora de la enfermedad son la vacunación, la detección y el tratamiento.

Desde **Fundación Recover** queremos dar visibilidad a la enfermedad tanto en España como en los países en los que colaboramos en África (principalmente en Camerún, Benín y Costa de Marfil), para poder **avanzar en la lucha** contra la enfermedad y disminuir la mortalidad derivada de la misma, uniéndonos así a los objetivos planteados por la OMS. Para lograrlo, proponemos trabajar en las siguientes líneas:

- **Continuar las campañas de sensibilización y cribado** de cáncer de cuello de útero en Camerún y empezarlas en otros países teniendo en cuenta las lecciones ya aprendidas (gracias al apoyo de voluntariado sanitario español y profesionales locales).
- **Reforzar las capacidades de los profesionales** sanitarios locales, para que puedan realizar las tres fases de forma independiente (vacunación, detección y tratamiento).
- **Crear un vínculo de apoyo** con los profesionales sanitarios africanos a través de nuestra plataforma de Telemedicina, para compartir experiencias y resolver casos complejos, apoyándose en la experiencia y consejo de profesionales españoles.
- **Poner en marcha una plataforma multi-actores** que permita la eficacia y la eficiencia en las acciones a realizar en el futuro.
- **Establecer un partenariado sostenible** entre el Estado, los organismos internacionales y la sociedad civil (ONG, asociaciones locales, etc.).

Continuar nuestra labor de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad es fundamental para mejorar las expectativas de vida de las mujeres africanas.

“La formación del personal local y la continuidad en los proyectos de cooperación es fundamental para disminuir el número de muertes por cáncer de cérvix.”

Dra. Rosario García

Médica en el centro de salud de Bikop, Camerún



Información general	Cifra	Año	Fuente
Población:	11.175.692	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	99	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	2,8%	2017	UNESCO
PIB per cápita (US \$):	2.271,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	85%	2008	WIEGO
Salario mínimo (€/mes):	61,0€	2018	BM



Información sobre salud	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	3,99%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	60/62	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	98	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	1.083	2005	MSB
Personal de salud (total, estimación):	14.532	2016	RVT
Médicos por cada 10.000 personas:	1,5	2017	PNUD
Número de médicos/as:	1.174	2010	CIOPF
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	280€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	6.162	2010	CIOPF
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	160€	2018	FR



Información sobre cáncer	Cifra	Año	Fuente
Número de nuevos casos de cáncer:	6.747	2020	OMS
Número de muertes por cáncer:	4.662	2020	OMS
Número de casos prevalentes (5 años):	11.548	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer en mujeres:	3.617	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer de cérvix:	560	2020	OMS
Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix:	13,12%	2020	OMS
Número de muertes por cáncer de cérvix al año:	379	2018	OMS
Posición en ranking mundial de fallecimientos:	61	2018	WHR
Posición en ranking local de fallecimientos:	3ª causa	2018	WHR



Información general

	Cifra	Año	Fuente
Población:	24.053.727	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	51	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	2,6%	2017	UNESCO
PIB per cápita (US \$):	3.214,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	90%	2008	WIEGO
Salario mínimo (€/mes):	55,0€	2018	BM



Información sobre salud

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	5,11%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	57/59	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	84	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	2.176	2010	MSC
Personal de salud (total, estimación):	30.009	2010	MSC
Médicos por cada 10.000 personas:	0,8	2017	PNUD
Número de médicos/as:	2.099	2010	MSC
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	400€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	10.748	2010	MSC
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	300€	2018	FR



Información sobre cáncer

	Cifra	Año	Fuente
Número de nuevos casos de cáncer:	20.745	2020	OMS
Número de muertes por cáncer:	13.199	2020	OMS
Número de casos prevalentes (5 años):	39.906	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer en mujeres:	12.235	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer de cérvix:	2.770	2020	OMS
Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix:	19,96%	2020	OMS
Número de muertes por cáncer de cérvix al año:	1.190	2018	OMS
Posición en ranking mundial de fallecimientos:	28	2018	WHR
Posición en ranking local de fallecimientos:	3ª causa	2018	WHR



Información general

	Cifra	Año	Fuente
Población:	24.294.750	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	76	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	2,5%	2017	UNESCO
PIB per cápita (US \$):	3.936,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	70%	2008	WIEGO
Salario mínimo (€/mes):	91,5€	2018	BM



Información sobre salud

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	5,44%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	54/56	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	89	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	2.609	2009	ODCI
Personal de salud (total, estimación):	31.827	2016	RVT
Médicos por cada 10.000 personas:	1,4	2017	PNUD
Número de médicos/as:	3.640	2016	MSCM
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	900€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	8.000	2017	SECM
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	380€	2018	FR



Información sobre cáncer

	Cifra	Año	Fuente
Número de nuevos casos de cáncer:	17.300	2020	OMS
Número de muertes por cáncer:	11.760	2020	OMS
Número de casos prevalentes (5 años):	30.501	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer en mujeres:	9.896	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer de cérvix:	2.067	2020	OMS
Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix:	18,82%	2020	OMS
Número de muertes por cáncer de cérvix al año:	921	2018	OMS
Posición en ranking mundial de fallecimientos:	32	2018	WHR
Posición en ranking local de fallecimientos:	4ª causa	2018	WHR



Información general

	Cifra	Año	Fuente
Población:	46.572.028	2017	BM
Densidad poblacional (nº de habitantes/km ²):	93	2017	BM
Crecimiento demográfico (% anual):	0,2%	2017	BM
PIB per cápita (US \$):	37.997,0\$	2017	BM
Economía informal (% de empleo total):	-	-	-
Salario mínimo (€/mes):	900€	2019	ME



Información sobre salud

	Cifra	Año	Fuente
Inversión/gasto en salud (% de PIB):	9,17%	2015	BM
Esperanza de vida al nacer (hombre/mujer):	80/86	2016	OMS
Mortalidad infantil (<5años, por 1.000 nacimientos):	3	2017	BM
Estructuras sanitarias (total):	13.435	2009	MS
Personal de salud (total, estimación):	1.417.030	2016	ME
Médicos por cada 10.000 personas:	38,7	2017	PNUD
Número de médicos/as:	221.470	2017	INE
Salario medio para médicos/as (estimación, €/mes):	3.500€	2018	FR
Número de enfermeros/as:	225.473	2016	INE
Salario medio enfermeros/as (estimación, €/mes):	1.000€	2018	FR



Información sobre cáncer

	Cifra	Año	Fuente
Número de nuevos casos de cáncer:	282.421	2020	OMS
Número de muertes por cáncer:	113.054	2020	OMS
Número de casos prevalentes (5 años):	858.220	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer en mujeres:	118.691	2020	OMS
Número de nuevos casos de cáncer de cérvix:	7.708	2020	OMS
Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix:	1,87%	2020	OMS
Número de muertes por cáncer de cérvix al año:	1.005	2020	OMS
Posición en ranking mundial de fallecimientos:	158	2020	WHR
Posición en ranking local de fallecimientos:	15ª causa	2020	WHR

“En Camerún, el 80% las mujeres con cáncer de cérvix descubren que tienen la enfermedad en un estado demasiado avanzado. Cuando eso ocurre, los cuidados paliativos son la respuesta más humana y ética posible.”

Christian Tsotsie

Coordinador de Oncología y Cuidados Paliativos, CHDSMP Camerún

Anexos

Anexo I – Resumen I Coloquio de Cáncer de Cérvix en Camerún Yaundé, 9 de junio de 2021

Con el apoyo institucional de: *Ministerio de Salud Pública de Camerún, Ministerio de Promoción de la Mujer y la Familia de Camerún, Organización Mundial de la Salud y Embajada de España en Camerún.*

La primera conferencia sobre cáncer de cuello uterino organizada por Fundación Recover se llevó a cabo el miércoles 9 de junio de 2021 en el anfiteatro de la Fundación Salomon Tadeng Muna, en Yaundé. Esta conferencia fue inaugurada oficialmente por el presidente del comité científico, el **profesor Blaise Nkegoum**, oncólogo del Hospital Universitario de Yaundé. A esta jornada asistieron más de un centenar de personas de diversas partes del país y de España.

Un total de ocho presentaciones conformaron la jornada y el debate:

1. Factores de riesgo, clasificación citológica e histológica de las lesiones del cuello uterino.
2. Dificultades en la lucha contra el cáncer de cuello uterino en Camerún.
3. Especificidades en pacientes VIH positivos.
4. Medios de prevención: la vacuna.
5. Herramientas de diagnóstico para el cáncer de cuello uterino en Camerún.
6. Cuidados paliativos.
7. Cooperación al desarrollo España- Camerún I: informe de la campaña de cáncer de cuello uterino en los centros Obout y Bikop.
8. Cooperación al desarrollo España- Camerún II: herramientas diagnósticas en España y en el mundo; últimos descubrimientos en cáncer cervico-uterino; aplicación de nuevas tecnologías en salud.



1. Factores de riesgo

Profesor Blaise Nkegoum, oncólogo del Hospital Universitario de Yaundé

Esta intervención permitió, entre otros factores, contar con mayor información referida a este país (Camerún): a nivel epidemiológico se registran cerca de 500.000 casos por año en el mundo y en Camerún se diagnostican de 12.000 a 15.000 nuevos casos por año, con la cifra clave de **cuatro muertes al día**, lo que lo ubica entre los países con mayor tasa de prevalencia. Nkegoum afirma que el cáncer de cuello uterino es la **segunda causa principal de muerte por cáncer**, después del cáncer de mama.

El profesor mencionó así mismo que el cáncer de cuello uterino se presenta en dos fases. La primera fase se denomina **lesiones precancerosas** que ocurren diez años antes del cáncer en sí, que constituye la segunda fase. El cáncer de cuello uterino es una **enfermedad de transmisión sexual causada por un virus llamado VPH** (Virus del Papiloma Humano), y como factores de riesgo podemos citar:

- Relaciones sexuales a una edad temprana (<17 años).
- Varias parejas sexuales.
- Matrimonios precoces (antes de los 20 años).
- Gran multiparidad.
- Comportamiento sexual de la pareja masculina.
- Fumar.
- Inmunodeficiencia (VIH, trasplantado).
- Infección por VPH.

2. Dificultades en la lucha contra el cáncer de cervix

Dr. André Désiré Ngoumou Mburtcha, ginecólogo en el centro médico de Djunang

A pesar del conocimiento de las causas y medios para combatir el cáncer de cuello uterino en Camerún, **la morbilidad y la mortalidad aumentan constantemente**. Esta situación se explica por varias causas, siendo las principales:

- **Personal insuficiente** que ha recibido formación específica en la atención de pacientes con cáncer. Camerún está por debajo de la proporción médico-paciente, ya que tiene 1,1 médicos y 7,8 enfermeras y matronas por cada 10.000 habitantes; y con una gran disparidad en la distribución geográfica del personal sanitario.
- **A nivel socioeconómico**, la precariedad en las poblaciones supone que las mujeres no puedan hacerse cargo de sí mismas debido al **alto costo del tratamiento** para una camerunesa promedio; unido a creencias en determinados tratamientos tradicionales.
- **A nivel institucional**, la falta de implementación de una estrategia nacional de prevención del cáncer lastra la implementación del plan estratégico nacional de lucha contra el cáncer cervicouterino desarrollado desde 2016. Por otra parte, no hay un plan de comunicación integrado (PCI) sobre factores de riesgo de cáncer modificables.

3. Especificidad de pacientes VIH/SIDA

Dra. Andrée Sidonie Lyeb, psicóloga clínica en Camerún

La doctora indicó que, según la OMS, **las mujeres que viven con VIH tienen de 4 a 5 veces más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino invasivo** y también se ha encontrado que la infección por VPH aumenta significativamente el riesgo de transmisión del VIH. Esto se debe a que el VIH promueve la enfermedad al debilitar el sistema inmunológico. Además de esto, ambas enfermedades son causadas por un virus y se transmiten sexualmente.

Lyeb insistió en la atención psicológica de estos pacientes, aunque esto no está incluido en el protocolo de tratamiento del cáncer en Camerún. Las personas que padecen estas dos enfermedades sufren **conmociones psicológicas** por miedo a ser rechazadas por sus seres queridos, a encontrarse solas, al estigma y a la mirada de la sociedad. Esto a menudo lleva a los pacientes a la **depresión, a trastornos del sueño, a la falta de autoestima y a la culpa** (¿por qué yo?) como un sentimiento de muerte inminente.

4. Medios de prevención: la vacuna

Dr. Simon Franky Baonga, técnico oficial del EPI Team Lead VPD / OMS

El Dr. Baonga enfatizó la importancia de la vacuna, pues tiene un papel inductor en el plasma y las secreciones mucosas, así como indicó que la OMS ha aprobado tres tipos de vacunas: Bivalent (Cervarix), Quadivalent (Gardasil) y Nonavalent (Gardasil 9).

Las vacunas contra el VPH **reducen el riesgo de lesiones precancerosas** asociadas con los estereotipos del VPH que causan cáncer de cuello uterino de 2 a 164 de cada 10.000 mujeres.

Según el Dr. Baonga, la OMS recomienda (2017) que los objetivos principales sean **niñas entre 9-14 años**, las cuales deben recibir **dos dosis de vacuna** con un intervalo mínimo y máximo de 6 a 12 meses entre dosis. Para maximizar el impacto, se propone vacunar a grupos de varias edades: el 100% de las niñas de 9 a 14 años y todas las que sea posible de 15 a 18 años.

La propuesta del Dr. Baonga, para alinearse con el objetivo de la OMS 2030 que gira en torno a la visión de *“un mundo sin cáncer de cuello uterino”*, lograría previsiblemente un umbral de 4 mujeres por cada 100.000/año y una **reducción de la mortalidad del 30%**. Para lograr estos resultados, la OMS recomienda vacunar al 90% de las niñas antes de los 15 años, realizar pruebas de detección al 70% de las mujeres de entre 35 y 45 años y realizar el tratamiento en el 90% de las mujeres identificadas con enfermedad cervical.

5. Herramientas de diagnóstico

Profesor Blaise Nkegoum, oncólogo (segunda intervención)

El doctor se refirió a las herramientas de diagnóstico y los tipos de terapia utilizados en Camerún, así como a las diferentes fases del cribado de la enfermedad que son:

- **La fase precancerosa** que ya puede ser detectada por:
 - IVA-IVL
 - FCU (fase microscópica)
- **La fase latente.**
- **La fase del tumor localizado:** FCU = descamación de las células del cuello uterino.

Para diagnosticar, se puede usar la colposcopia, que es un examen del cuello uterino con un colposcopio.

El oncólogo también habló sobre los **tipos de terapia**, que difieren de una fase a otra. Así, indicó que, en la fase de lesiones precancerosas, se puede proceder ya sea por destrucción mediante crioterapia de lesiones incipientes, que representa una tasa de fracaso en forma de recurrencias del orden del 6 al 8% de los casos, o por escisión con la técnica de conización con bisturí frío o con láser, y electro-resección del cuello con asa diatérmica. Este segundo, según el especialista, representa una tasa de fallos en torno al 10% en forma de recurrencias.

En la fase denominada **cáncer invasivo**, se distinguen cuatro tipos de terapia, a saber:

- Quimioterapia, uso de medicamentos;
- Cirugía;
- Braquiterapia, una técnica de radioterapia;
- Terapias focalizadas o medicina personalizada.

6. Cuidados paliativos

Sr. Christian TSOTIE, enfermero especialista en cuidados paliativos, CHDSMP de Yaundé

Inició su ponencia con la definición de cuidados paliativos, que según la OMS *“es un enfoque que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas relacionados con enfermedades críticas, a través de la **prevención del sufrimiento y su alivio** mediante la identificación temprana de los síntomas, su evaluación precisa y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”*.

Christian Tsotié indicó que estos cuidados **no agregan días a la vida sino a la calidad** de vida de los enfermos, y esto requiere una escucha activa de sus preocupaciones.

También mencionó algunos principios promulgados por la OMS sobre **cuidados paliativos**, que deben:

- **Proporcionar alivio del dolor** y otros síntomas angustiantes.
- Integrar los **aspectos psicológicos y espirituales** de la atención al paciente.
- Ayudar a afirmar la vida y ver la **muerte como un proceso normal**.
- **Mejorar la calidad de vida**, así como poder influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Además, los cuidados paliativos no deben verse como un proceso dirigido a acelerar o retrasar la muerte, sino que su objetivo es **brindar cuidados para apoyar al paciente** con dignidad. El tratamiento según el Sr. Christian Tsoitié debe realizarse **según el grado** de dolor que puede ser leve (escala de 1-3), moderado (escala de 4-6) y severo (7-10). Así, para cada tipo de dolor se pueden utilizar fármacos antiinflamatorios de los diferentes niveles 1, 2, 3, morfina o combinaciones.

Para concluir, el enfermero hizo un **llamamiento** a las estructuras políticas y de formación para que los profesionales de la salud integren los cuidados paliativos respectivamente en su política relacionada con la salud y en su currículo de formación.

7. Cooperación al desarrollo I: cáncer de cérvix en Bikop y Obout

Hna. Doctora Rosario García

Para resaltar datos prácticos, se habló del informe de la campaña de cáncer de cuello uterino en los centros Obout y Bikop organizadas por Fundación Recover. Fue presentado por la Hermana **Dra. Rosario García**. En la última campaña, la población objetivo estuvo formada por dos grupos de **179 y 62 mujeres** en Bikop y Obout, ambos centros ubicados en la selva de Camerún. Los exámenes realizados fueron los siguientes:

- Prueba de Papanicolaou.
- Visualización del cuello uterino mediante colposcopia con ácido acético y solución de lugol en mujeres con citología alterada.
- Ecografía ginecológica.
- Exploración mamaria y punción de tumores palpables.

La citología analizada in situ permitió obtener los siguientes resultados:

- Se realizaron tres cirugías por carcinoma de cuello uterino y patologías ginecológicas.
- Las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL), y algunas con lesiones de bajo grado (LSIL), se sometieron a cirugía de conización en la misma campaña en función del estado serológico y la edad.

La campaña en Bikop logró algunos de los siguientes **resultados**:

- **Se atendieron 179 mujeres**, cuya edad promedio fue de 42,3 años (DE: 11,2), el 58% de estas mujeres eran madres de 1 a 5 hijos.
- **El 23,7% eran seropositivas**, incluidos 26 en tratamiento antirretroviral basado en TDF + 3TC + EFV y 2TDF + 3TC + LOP / r.
- **Se detectaron infecciones vaginales** en el 6,1% (11 mujeres), la mayoría de ellas gardnerella vaginalis (7), trichomonas vaginalis (2) y candidiasis.

Para el diagnóstico de frotis detectamos:

- **Lesiones intraepiteliales de bajo grado** (LSIL) en el 12,2% de las mujeres.
- **Lesiones intraepiteliales de alto grado** (HSIL) en el 2,3% de las mujeres.
- **Un caso de carcinoma** de cuello uterino.

Las colposcopias realizadas en participantes con trastornos citológicos dieron los siguientes resultados:

- Variaciones menores del 6,1%.
- Grandes variaciones del 2,2%.
- Un aspecto normal del 6,7%.

Se realizaron 22 conizaciones, incluidas 10 en mujeres VIH positivas, mediante resección con asa diatérmica.

El análisis histológico de las partes de las conizaciones permitió:

- 6 casos de NIC II-III (27,7% del total de conizaciones), incluidos 4 en mujeres VIH positivas.
- 15 casos de NIC I (68,2%), incluidos 6 en mujeres VIH positivas.
- 1 caso sin hallazgos patológicos.

Actitud conservadora de no intervención por conización en 7 mujeres con alteraciones citológicas de HSIL. Para menores de 35 años sin niños.

La ecografía transvaginal reveló 44 anomalías (24,6%):

- 10 tumores adheridos.
- 25 miomas.
- 4 abscesos tuboováricos.
- 5 pólipos endometriales.

La exploración mamaria detectó 4 nódulos (2,2%), 1 punción y análisis de la biopsia, 1 carcinoma de mama.

En cuanto a la **campaña de Obout**, la fotografía de los resultados fue la siguiente:

- Se trató a 62 mujeres, cuya edad promedio fue de 43 años (DE: 13,6).
- 14,1% eran VIH positivos.
- Se detectaron infecciones vaginales en 8 mujeres (12,9%), incluida la gardnerella vaginalis (4), trichomonas vaginalis (1) y candidiasis (3).

Los **diagnósticos citológicos** correspondieron a:

- LSIL (14,5% de los participantes).
- HSIL (1,6%).

No hubo colposcopias ni conizaciones. Por otro lado, la ecografía se utilizó para diagnosticar patologías ginecológicas en 24 mujeres (38,7%), así se obtuvieron:

- 10 miomas uterinos.
- 7 pólipos endometriales.
- 7 tumores anexos, uno de los cuales fue intervenido quirúrgicamente durante la campaña.

No se ha registrado ningún caso de patología mamaria.

Según la doctora Rosario García, esta campaña ha permitido ver que las patologías crónicas y el cáncer son las enfermedades que más empeoran la calidad de vida y causan sufrimiento a las poblaciones, porque son **diagnosticadas en estadios muy avanzados de la enfermedad**: *“es fundamental organizar campañas de tamizaje con énfasis en el cáncer cervico-uterino que, por un lado, permitan sensibilizar a la población y fortalecer las capacidades del personal de salud y, por otro lado, reducir el número de defunciones”*.

8. Cooperación al desarrollo II: herramientas diagnósticas

Dra. Charo Noguero Meseguer, Jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia, HURJC

Dra. Purificación Domínguez Franjo, Jefa del servicio de Anatomía Patológica, HURJC

El objetivo de ambas voluntarias españolas ha sido **compartir experiencias sobre técnicas** y herramientas de diagnóstico utilizadas en España y en algunos países europeos para el cribado del cáncer de cuello uterino en mujeres embarazadas.

Además de otros tipos de diagnósticos conocidos, explicaron que en España es más bien la **citología líquida** la que se practica frente a la citología convencional de Camerún. La ventaja es que la citología en medio líquido **permite evitar**, en caso de citología anormal, **una re-convocación de la mujer** para tomar una segunda muestra.

El diagnóstico y el tratamiento pueden reforzarse con **pruebas adicionales** como imágenes (ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética) que se prescriben para determinar la extensión del cáncer. También se puede solicitar una tomografía computarizada por emisión de posición (PET), una cistoscopia (examen de la vejiga) o una proctoscopia (examen del recto). Las pruebas de imagen (ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética) también se utilizan para determinar con precisión la etapa de desarrollo del tumor.

La Dra. Charo Noguero y la Dra. Purificación Domínguez indicaron que en España y en Francia **los métodos de cribado varían según los grupos de edad**, por lo que entre los 20 y los 35 años, el cribado de UCC sigue basándose en la realización de dos exámenes citológicos con un año de intervalo, 3 años después si el resultado de los dos primeros es normal, mientras que entre los 30 y los 65 años, se recomienda un VPA (auto-muestreo vaginal) para mujeres no tamizadas o insuficientemente tamizadas. Esta técnica **facilita la detección de cáncer en mujeres** que nunca se han examinado o que no se han examinado al ritmo recomendado.

7. Conclusiones

Para concluir este I Coloquio sobre cáncer de cuello uterino, los ponentes emitieron algunas resoluciones que son las que siguen:

- **Punto 1:** Fortalecimiento de la sensibilización y la movilización de las mujeres y los profesionales sanitarios en torno al cáncer de cérvix.
- **Punto 2:** El desarrollo de capacidades permanentes del personal de salud en el manejo del cáncer cervico-uterino, apoyo psicológico y cuidados paliativos.
- **Punto 3:** El establecimiento de una plataforma multi-actor que permitirá la efectividad y eficiencia de las acciones a realizar.
- **Punto 4:** El establecimiento de una asociación duradera entre el Estado, las organizaciones internacionales y la sociedad civil.

Para el desarrollo de una visión compartida sobre la lucha contra el cáncer de cuello uterino en Camerún, las **recomendaciones** formuladas se dirigen a diversas estructuras.



Hacia el Estado:

- Reformar las ofertas de formación médica con un enfoque en cáncer de cérvix.
- Abrir la especialidad de Oncología en la formación existente (medicina, enfermería).
- Subsidiar el tratamiento del cáncer de cuello uterino.
- Revisar u operativizar la estrategia nacional de lucha contra el cáncer de cérvix.
- Fomentar las innovaciones en el campo de la investigación médica.
- Asegurar las sinergias de acción entre los diferentes actores.
- Involucrar a líderes de opinión como mediadores para facilitar la implementación de determinadas estrategias de salud en las comunidades.
- Equipar los centros de atención del cáncer de cuello uterino.

Hacia la dirección de los centros sanitarios:

- Establecer una buena coordinación de acciones entre el personal de salud.
- Asegurar un seguimiento adecuado de los pacientes.
- Establecer una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

Hacia Fundación Recover:

- Organizar más encuentros profesionales como coloquios, seminarios, etc.
- Organizar más campañas de sensibilización entre la población local.
- Organizar sesiones de capacitación para fortalecer la formación del personal local.





DIOCESE DE BAFOUSSAM

COORDINATION DE LA SANTE

CENTRE MEDICALISE CATHOLIQUE

SAINT DOMINIQUE

DJUNANG – BAFOUSSAM

B.P 114 Bafoussam-Cameroun E-mail: djunanghopital@yahoo.fr Tel: 00237 677388613

ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE DEPISTAGE DE LESIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS PAR FCV

1. AVANT LA CAMPAGNE

Communication

- Dans la communauté
- Dans les paroisses
- A la radio
- A l'hôpital

Préparation du matériel

- Matériel et consommables nécessaires pour le frottis cervico-vaginal
- Matériel et consommables nécessaires pour la biopsie du col
- Matériel et consommables nécessaires pour la conisation

Formation du personnel impliqué dans la campagne (Laborantins, médecins...)

Conception de la fiche de collecte des données

2. LE JOUR DE LA CAMPAGNE

Sensibilisation

- De masse ou individuelle sur le cancer du col (FDR et histoire naturelle)
- Donner le calendrier de suivi en cas de FCV normal
- Dire la CAT en cas de FCV pathologique

Recueil du consentement

- Obtenir le consentement verbal ou écrit de la patiente

Prélèvement

- Disposer d'un local où l'intimité de la patiente sera préservée
- Technique de prélèvement
- Donner un RDV pour le résultat

Acheminement des échantillons vers le centre d'analyse cytopathologique



DIOCESE DE BAFOUSSAM

COORDINATION DE LA SANTE

CENTRE MEDICALISE CATHOLIQUE

SAINT DOMINIQUE

DJUNANG – BAFOUSSAM

B.P 114 Bafoussam-Cameroun E-mail: djunanghospital@yahoo.fr Tel: 00237 677388613

ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE DEPISTAGE DE LESIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS PAR FCV

3. APRES LE RESULTAT DE FCV

Si FCV normal

- Expliquer le calendrier de suivi

Si FCV pathologique

- Dysplasie légère : surveillance
- Dysplasie modérée, dysplasie sévère : Biopsie

4. APRES LE RESULTAT DE LA BIOPSIE

- Biopsie normale et CIN1 : surveillance
- Conisation pour CIN2, CIN3, CIS.
- Si cancer, orienter vers PEC

“El objetivo de Fundación Recover es la promoción de la salud, por eso realizamos cada año campañas para luchar contra el cáncer de cérvix en tres líneas: sensibilización, diagnóstico temprano y tratamiento.”

Emilie Ngono

Punto focal de Fundación Recover en Camerún

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación de las siguientes entidades:

Asociación AXA de Todo Corazón

V Concurso de Iniciativas Solidarias AXA de Todo Corazón 2017

Fundación Repsol

Más que palabras (empleados) 2018

Orona Fundazioa

Fondo COEPC (Contribución para Educación y Promoción Cooperativa) 2019

Tendam

Concurso Involucrados 2019

Fundación Universitaria San Pablo CEU

XXIII Edición de los Premios Ángel Herrera a la Solidaridad
Cooperación al desarrollo- emprendimiento social 2020

Ilustre Colegio de Médicos de Madrid

Convocatoria 2021 de Ayudas a la Cooperación Sanitaria “Juan Bartolomé”

Ayuntamiento de Casares

Premios Blas Infante - Casares Solidario 2021

Fundación Quironsalud (2019 y 2021)

Bibliografía y notas a pie de página

AECC (Asociación Española Contra el Cáncer)

<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix>

SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)

<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=0>

OMS (Organización Mundial de la Salud)

<https://www.who.int/es/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer>

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>

AMC (American Society Cancer)

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>

Epidemiología cánceres Costa de Marfil

<https://www.em-consulte.com/article/963537/epidemiologie-descriptive-des-cancers-en-cote-d-iv>

IARC - The Global Cancer Observatory (GCO)

<https://gco.iarc.fr>

Coloquio sobre el Cáncer de cérvix, 09 junio 2021, Yaundé, Fondation Salomon Tandeng Muna. Informe general, organizado por la Fundación Recover, Hospitales para África.

Artículo científico “Campaña de cribado de cáncer de cuello de útero y diagnóstico de patología ginecológica y de mama en dos centros de salud de Camerún”, Dra. Charo Noguero Meseguer, Jefa del servicio de Ginecología del Hospital Rey Juan Carlos I (Madrid).

Entrevista con la Dra. Charo Noguero Meseguer, Jefa del servicio de Ginecología del Hospital Rey Juan Carlos I, en Madrid, 6 Julio 2021

Otras fuentes de información

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100007

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501>

<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estad%C3%ADsticas>



Para que el lugar donde nacemos no determine la salud que vamos a tener

Fundación Recover, Hospitales para África

C/Hilarión Eslava, 27 Bis. 1ª planta, oficina 7
28015 Madrid

Tel.: +34 91 411 09 68
info@fundacionrecover.org
www.fundacionrecover.org

Nº de cuenta: ES43 0075 5977 8706 0533 3585

