



LIBRO BLANCO

Despliegue de dispositivos de ablación térmica para ampliar el acceso al tratamiento del precáncer de cuello uterino: experiencia de un proyecto multinacional respaldado por Unitaid

Autores: Lola Ameyan, Frehiwot Birhanu, Andy Carmone, Sylvie Gaju, Karen Hariharan, Tasimba Mhizha, Fredrick Mumba, Patricia Njiri, Ranveer Singh y Atisa Sioshansi¹

Fecha: Mayo de 2022

Índice

Aspectos más destacados	2
Antecedentes: ampliación del cribado y el tratamiento para la eliminación del cáncer de cuello uterino ...	2
Los acuerdos de precios globales apoyaron el despliegue de dispositivos de AT en los países colaboradores	5
Expansión de la práctica clínica para incluir la AT	6
Preparación para la gestión de dispositivos	6
Despliegue de dispositivos de AT en los programas de cribado y tratamiento	7
Ventajas de la AT	7
Coste	9
Desafíos con la AT	9
La AT es una herramienta clave para ayudar a los países a eliminar el cáncer de cuello uterino	9
Referencias	11

En mayo de 2018, en respuesta al llamamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la eliminación del cáncer de cuello uterino, Unitaid anunció una inversión de 60 millones de USD con el claro objetivo de realizar mejoras que cambien la vida de las mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de cuello uterino en países de ingresos bajos y medios (PIBM). En julio de 2019, la Clinton Health Access Initiative (CHAI), con financiación de Unitaid, puso en marcha un proyecto multinacional para aumentar el acceso al cribado y el tratamiento del precáncer de cuello uterino. En el presente libro se documenta la experiencia del proyecto con el despliegue de dispositivos de ablación térmica (AT), con la formación y el apoyo que los acompaña, en colaboración con los gobiernos de la India, Kenia, Malawi, Nigeria, Ruanda, Senegal, Uganda, Zambia y Zimbabue, para aumentar el acceso al tratamiento del precáncer. Unitaid también financia las intervenciones relacionadas en el marco del proyecto SUCCESS², un consorcio dirigido por Expertise France y ejecutado en colaboración con Jhpiego y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), que ha introducido la ablación térmica en Guatemala, Filipinas, Burkina Faso y Costa de Marfil.

Aspectos más destacados

- La AT es una herramienta fundamental en el esfuerzo mundial de cribado y tratamiento del precáncer de cuello uterino en mujeres, y tiene el potencial de ampliar sustancialmente el acceso al tratamiento más allá del método actual de crioterapia.
- Los dispositivos de AT son fáciles de usar y mantener y pueden funcionar con batería, lo que permite utilizarlos en centros de atención primaria y en otras instalaciones próximas.
- Tras recibir formación, estos dispositivos pueden ser manejados por una amplia variedad de trabajadores sanitarios, lo que amplía el grupo de personal que puede ofrecer tratamiento con seguridad.
- La AT es menos costosa que la crioterapia, lo que permite a los países ampliar el acceso al tratamiento de forma asequible.
- La tecnología permite que más mujeres puedan acceder al tratamiento tras un resultado positivo en la revisión, salvando así vidas y ayudando a los países a alcanzar el objetivo de eliminación del cáncer de cuello uterino.
- Todos estos factores, en conjunto, reducen las barreras de acceso para las usuarias, posibilitando el tratamiento para mujeres en PIBM y en zonas rurales de difícil acceso.

Antecedentes: ampliación del cribado y el tratamiento para la eliminación del cáncer de cuello uterino

Aunque el cáncer de cuello uterino es una enfermedad que puede prevenirse y curarse, sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. Las mujeres de los PIBM tienen más probabilidades de sufrir cáncer de cuello uterino debido a la falta de acceso a servicios asequibles de alta calidad para la prevención inicial, el cribado y el tratamiento. De las 300.000 muertes por cáncer de cuello uterino registradas en 2018, casi el 90 por ciento se produjeron en PIBM.³ Las mujeres que viven con el VIH están especialmente en riesgo de enfermar y morir por cáncer de cuello uterino.

En agosto de 2020, la OMS lanzó su primera Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino, con el fin de combatir este reto de salud pública. La eliminación del cáncer de cuello uterino se logrará cuando todos los países alcancen y mantengan una tasa de incidencia de cuatro por cada 100.000 mujeres. En 2018, las tasas de incidencia oscilaban entre 10 y 75 por cada 100.000 mujeres en PIBM.⁴ En la figura 1 se destacan los tres pilares clave (vacunación, cribado y

tratamiento) para ayudar a los países a conseguir la eliminación, junto con los objetivos que deben cumplirse para 2030.

Figura 1: Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino de la OMS, objetivos 90-70-90 que deben cumplirse antes de 2030 para que los países estén en vías de eliminar el cáncer de cuello uterino.

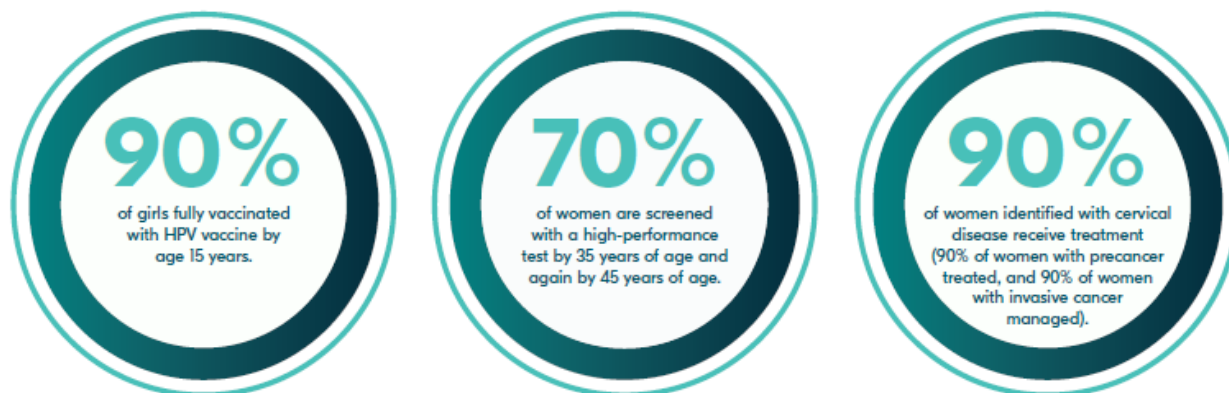


Imagen:

El 90% de las chicas de 15 años, con vacunación completa para HPV.

El 70 % de las mujeres de 35 años, sometidas a cribado mediante una prueba de alta fiabilidad, repetida cuando cumplen 45 años.

El 90 % de las mujeres diagnosticadas con una enfermedad uterina reciben tratamiento (el 90 % de las mujeres con precáncer, tratadas, y el 90 % de las mujeres que sufren cáncer invasivo, con la enfermedad controlada).

El acceso a la crioterapia, que ha sido el tratamiento habitual para lesiones precancerosas del cuello uterino, ha sido limitado en los PIBM debido a las dificultades con los costes y la logística asociadas a la tecnología. Los dispositivos de crioterapia funcionan con óxido nitroso o dióxido de carbono de alta calidad, que pueden ser difíciles de conseguir en los PIBM. El transporte de los pesados tanques en condiciones inciertas puede ser arduo.⁵ Las máquinas de crioterapia también pueden ser costosas: alrededor de 2000 \$, más el coste del gas necesario para que la máquina funcione (que puede oscilar entre 13 \$ y 38 \$ por tratamiento). Esto no incluye el coste del transporte del gas (Maza et al., 2017).

En 2019, la OMS respaldó el uso de dispositivos de AT para el tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino susceptibles de ablación y publicó las *Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para las lesiones precancerosas de cuello uterino*,⁶ cambiando el panorama de tratamiento al ampliar el conjunto de herramientas de prevención secundaria del cáncer de cuello uterino. La recomendación de la OMS tiene en cuenta que los dispositivos de AT:

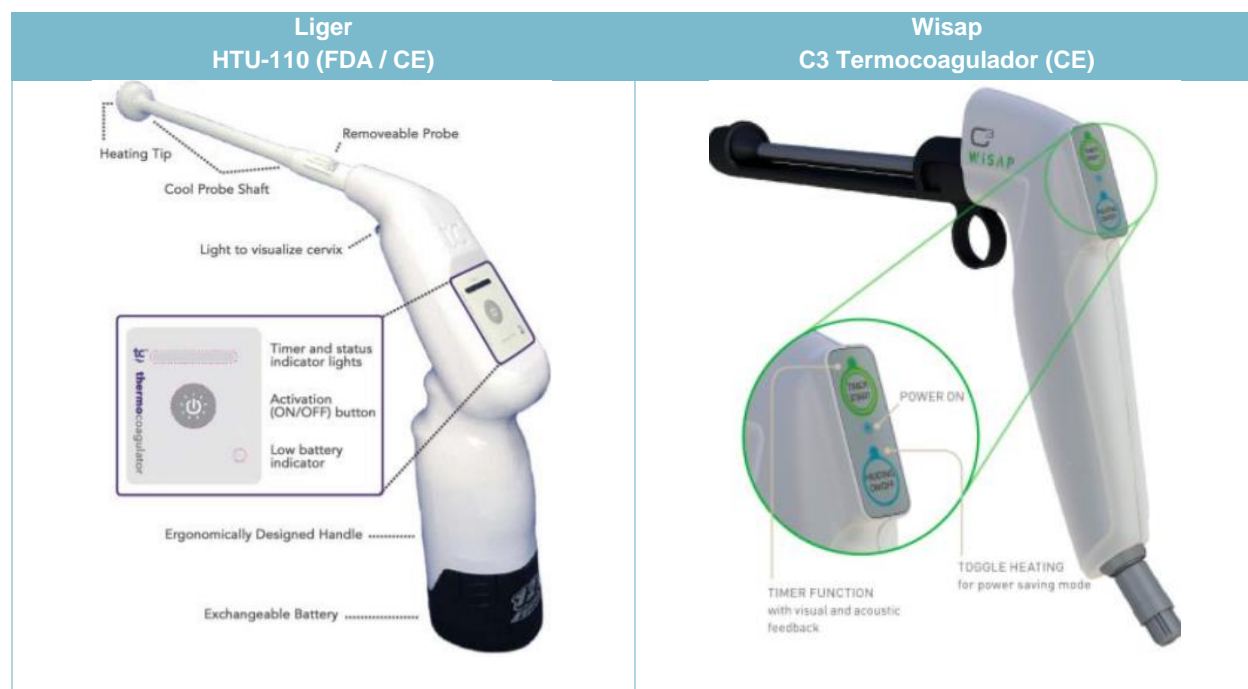
- muestran resultados clínicos equivalentes al tratamiento ablativo con crioterapia⁷, y
- puede ayudar a los PIBM a superar los obstáculos actuales de la cadena de suministro y el acceso con la crioterapia.

La AT, también llamada coagulación en frío o termocoagulación, es un tratamiento ablativo para la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). La AT existe desde la década de 1960 y proporciona un tratamiento para las lesiones precancerosas más eficaz y económico que la crioterapia, sin comprometer la eficacia en cuanto a resultados del tratamiento.⁸ Entre los ejemplos de dispositivos de AT portátiles y de calidad garantizada se encuentran Liger Medical LLC (Liger) y Wisap Medical Technologies GmbH (Wisap); véase la Tabla 1. Los dispositivos de AT emplean una sonda metálica reutilizable que se calienta eléctricamente a 100 °C para tratar la lesión precancerosa durante 20 a 40 segundos, y que puede volver a aplicarse rápidamente para tratar otras zonas, según sea

necesario. El equipo es portátil, ligero, fácil de manejar y puede ser utilizado por una variedad de profesionales sanitarios, incluidos médicos o enfermeras cualificados, matronas u otro personal sanitario. El coste de estos dispositivos puede oscilar entre 925 \$ y 995 \$ por unidad portátil, según los precios de acceso acordados a través del proyecto Unitaid-CHAI. Los precios de mercado son significativamente superiores; se anima a los compradores interesados a consultar la [información sobre precios de acceso](#) más reciente disponible en el sitio web de la OMS.⁹

A diferencia de la crioterapia, los dispositivos de AT pueden funcionar con baterías y no requieren el uso de gas refrigerante, un consumible que viene en contenedores separados del dispositivo. Estas diferentes ventajas de la AT reducen las barreras logísticas, los retos de la cadena de suministro y los costes operativos de la prevención secundaria para los PIBM en comparación con la crioterapia, al tiempo que ofrecen resultados clínicos equivalentes.^{10,11} A pesar de ser una opción de prevención secundaria relativamente nueva para el cáncer de cuello uterino, los dispositivos de AT serán fundamentales para que los países logren sus objetivos de eliminación de la estrategia mundial.

Tabla 1: Dispositivos de ablación térmica de Liger y Wisap



Fuente: comunicación de los fabricantes y sus sitios web (www.ligermedical.com y www.wisap.de/en)

CHAI, con financiación de Unitaid, ha estado trabajando con los gobiernos colaboradores para desplegar tecnologías de cribado y tratamiento del precáncer de alta calidad y bajo coste que puedan permitir ampliar en gran medida la prevención secundaria. Uno de los componentes clave de la colaboración es la introducción de dispositivos de AT, junto con la formación de apoyo y la orientación del personal sanitario. La estrategia de la OMS para la eliminación del cáncer de cuello uterino renovó la atención sobre la gran brecha en la prevención, el tratamiento y las muertes por cáncer de cuello uterino entre los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medios. La iniciativa también demostró que la ampliación de los servicios y programas para el cáncer de cuello uterino en los PIBM puede tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia y las muertes. Dado que, en la actualidad, la práctica en el uso de dispositivos de AT en los PIBM es limitada, la experiencia obtenida a través de este proyecto proporcionará información sobre su

introducción y uso, de manera que se puedan ofrecer más opciones de tratamiento a las mujeres con precáncer de cuello uterino.

Los acuerdos de precios globales apoyaron el despliegue de dispositivos de AT en los países colaboradores

En mayo de 2019, CHAI y Unitaid anunciaron una colaboración para ayudar a eliminar el cáncer de cuello uterino, invirtiendo en el uso de innovadoras herramientas portátiles de cribado y tratamiento para la prevención secundaria. Este proyecto de tres años y medio de duración arrancó en julio de 2019 con el objetivo de generar pruebas sobre el uso de modelos de prestación eficaces con las herramientas disponibles, como los test del VPH, la inspección visual con ácido acético (IVA) y los dispositivos de tratamiento portátiles, para sentar las bases de la ampliación. Los países en los que se está implantando el proyecto representan intencionadamente una gama de entornos diversa para que las lecciones aprendidas puedan aplicarse en los PIBM.

CHAI ha colaborado estrechamente con funcionarios gubernamentales en los países colaboradores para comprender el panorama de tratamiento del cáncer de cuello uterino y crear planes de despliegue de AT específicos para el país. En estos planes de aplicación se destacaron las siguientes áreas para cada país:

- Objetivos e indicadores clave del programa.
- Presupuesto y opciones de selección de dispositivos de AT.
- Miembros del equipo y partes interesadas.
- Planes y ubicaciones de despliegue.
- Directrices de tratamiento, enfoques clínicos y requisitos de formación.
- Orientación y mejora de la calidad/garantía de calidad.
- Procesos de evaluación del programa y datos a recopilar.

Para ayudar a ampliar el uso de los dispositivos de AT portátiles, CHAI y Unitaid negociaron acuerdos de precios globales con Liger Medical LLC (Liger) y Wisap Medical Technologies GmbH (Wisap). Estos dos proveedores mundiales de dispositivos portátiles de AT de calidad garantizada fueron identificados a partir de un análisis detallado de producto realizado por CHAI. En la actualidad, Liger y Wisap ofrecen, respectivamente, precios al menos un 38 por ciento (925 USD/unidad) y 54 por ciento (904 EUR/unidad) más bajos, respectivamente, que los actuales precios del mercado.

Los precios de acceso están disponibles para compradores del sector público, como Ministerios de Sanidad y organismos paraestatales de adquisiciones de los PIBM especificados en los acuerdos de precios, y para donantes internacionales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) y las organizaciones de las Naciones Unidas. Actualmente, los dispositivos de AT de estos proveedores están incluidos también en el catálogo de UNICEF-SD y los compradores interesados tienen la flexibilidad de adquirirlos directamente a través de los proveedores o de UNICEF-SD.

Expansión de la práctica clínica para incluir la AT

Desarrollando su actividad por invitación de los gobiernos colaboradores en sus sectores sanitarios, CHAI ayuda a promover el éxito en las competencias clínicas a través de programas de formación y orientación del sistema de sanidad pública. La introducción de un nuevo dispositivo y una nueva forma de realizar la ablación de lesiones precancerosas de cuello uterino requiere cuatro iniciativas básicas de aplicación: 1) la adopción de la AT en las directrices de práctica clínica; 2) la adaptación de los materiales de formación para incluir la AT; 3) el desarrollo de formaciones que incluyan tanto la didáctica como la práctica clínica para el personal sanitario seleccionado estratégicamente; y 4) la orientación clínica continua adaptada a la mejora individual y constante de la calidad en la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino. Como iniciativa complementaria, los países han reforzado sus sistemas de información sanitaria existentes para permitir recopilar datos de calidad sobre el cribado y el tratamiento, vigilar acontecimientos adversos y garantizar que se haga un seguimiento a las mujeres con cribado positivo a lo largo del proceso de atención para que reciban el tratamiento y/o los servicios de derivación oportunos.

La formación posterior al servicio para el personal sanitario, incluso para un procedimiento sencillo como la AT, puede convertirse en una carga operativa y presupuestaria si no se optimiza la introducción y ampliación del conjunto de competencias. CHAI y los gobiernos colaboradores utilizan un modelo de formación en cascada como un aspecto del enfoque práctico para hacer más eficiente el desarrollo de competencias clínicas. En el modelo en cascada, un grupo de instructores principales que representan a diferentes regiones del país reciben formación exhaustiva y práctica clínica y, posteriormente, se hacen responsables de la formación y orientación de grupos de personal sanitario de sus regiones. Se puede lograr una mayor rentabilidad en la ampliación de estas nuevas competencias clínicas cuando la parte didáctica de la formación se imparte a distancia, un enfoque que obtuvo visibilidad cuando la pandemia de COVID-19 limitó la movilidad y la capacidad de reunión. Cuando la parte didáctica de la formación se imparte a través de plataformas virtuales, la adquisición de conocimientos se verifica mediante exámenes de temas u otros medios objetivos, antes de que los alumnos puedan continuar con la formación presencial en la práctica clínica.

En la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, al igual que en otros programas, CHAI y sus colaboradores defienden la mejora continua de la calidad a través de la orientación clínica rutinaria. Dado que la orientación requiere una evaluación estructurada de las competencias clínicas y una atención personalizada, desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención y la creación de redes eficaces de atención. Los instructores principales que actúan como mentores clínicos suelen ser también los consultores regionales para los casos clínicos más complicados. Por tanto, la orientación clínica no solo fomenta la comunicación entre el personal sanitario y la mejora de la calidad de los servicios, sino que, a menudo, también refuerza la red de derivación para la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Preparación para la gestión de dispositivos

La formación, el cuidado y el mantenimiento adecuados son importantes para garantizar que los dispositivos sigan siendo funcionales sobre el terreno durante el mayor tiempo posible. Según nuestra experiencia con el despliegue inicial, los elementos siguientes son los que más influyen a la hora de prolongar la vida útil de los dispositivos y garantizar su funcionalidad:

- Asegurarse de que los centros disponen de las soluciones de limpieza y desinfección adecuadas, ya que los revestimientos de las sondas requieren un cuidado especial. Sin las

soluciones adecuadas y sin seguir los procedimientos oportunos, los revestimientos pueden dañarse, lo que compromete la vida útil y la funcionalidad del dispositivo.

- Las instalaciones deben tener acceso a baterías adicionales y a un voltímetro, por si una batería no está cargada o funciona incorrectamente en el momento del procedimiento. El voltímetro se puede utilizar para solucionar problemas cuando las baterías no funcionan y asegurarse de que mantienen la carga.
- Una formación adecuada es muy importante para garantizar el éxito del procedimiento y la durabilidad de los dispositivos. La preparación del procedimiento, la limpieza/desinfección del dispositivo y los procesos para presentar reclamaciones son pasos importantes a contemplar durante la formación.
 - Es muy útil disponer de varios tipos de materiales de formación, como guías de referencia, instrucciones de uso, vídeos, simulaciones, listas de verificación y/o sesiones en directo con los proveedores.
 - También resulta conveniente contar con una formación técnica continua para las personas que puedan solucionar los problemas de funcionamiento de los dispositivos, como un ingeniero biomédico local. Estas personas tendrían una formación más exhaustiva sobre los dispositivos y colaborarían con los proveedores, según fuese necesario, para recibir asistencia.
 - Una formación adicional para iniciar las sustituciones y un equipo centralizado de gestión de reclamaciones facilitarían la rápida sustitución de los dispositivos, minimizando la interrupción de los servicios.

Despliegue de dispositivos de AT en los programas de cribado y tratamiento

La planificación del despliegue de los dispositivos de AT en los países colaboradores comenzó en el segundo semestre de 2019, y el despliegue se inició en el primer trimestre de 2020 y continuó a lo largo de 2021. Para desplegar los dispositivos de AT, la mayoría de los países colaboradores tuvieron que trabajar a través de protocolos nacionales para obtener la aprobación de uso del nuevo tratamiento y adaptar las directrices de tratamiento y los sistemas de información a sus países, tal como fuese necesario. Además de ser pioneros en la introducción de la AT en sus países, los países colaboradores mostraron resiliencia y perseverancia adecuando los planes de despliegue para adaptarse a los desafíos imprevistos de la pandemia de COVID-19.

Aunque la implantación todavía está en curso, el proyecto ha adquirido experiencia práctica en la introducción y uso de los dispositivos de AT sobre el terreno. Esto puede ser positivo para otros programas en los que se tenga en cuenta un enfoque similar. Los aspectos más destacados que se comparten en las secciones siguientes se han generalizado a partir de las experiencias de nuestros colaboradores en la India, Kenia, Malawi, Nigeria, Ruanda, Senegal, Uganda, Zambia y Zimbabue. Aunque la mayoría de los países compartieron temáticas y comentarios similares, no todas las experiencias fueron comunes a todos los países. Las comparaciones con la crioterapia se comparten cuando es pertinente.

Ventajas de la AT

La experiencia con los dispositivos de AT en nuestros países colaboradores ha sido abrumadoramente positiva. En el proyecto se ha descubierto que las ventajas de la AT incluyen: 1)

facilidad de uso; 2) facilidad de despliegue clínico; 3) mejora del acceso; 4) mejora de la equidad sanitaria; 5) facilidad de adquisición; y 6) coste.

Facilidad de uso: en todos los países, los dispositivos de AT se consideran fáciles de utilizar, especialmente porque son portátiles y funcionan con batería. Entre las ventajas específicas se encuentran:

- Funcionamiento sencillo con un temporizador de procedimiento automatizado e indicadores visuales y sonoros que eliminan la necesidad de un reloj.
- Equipo ligero que es fácil de llevar y utilizar tanto en instalaciones estáticas como en clínicas de campo o emplazamientos móviles. Por el contrario, la crioterapia se limita principalmente a instalaciones fijas, ya que las bombonas de gas dificultan el transporte y pueden requerir una infraestructura adicional.
- El funcionamiento con baterías ayuda a abordar las dificultades con una alimentación eléctrica deficiente o inexistente.

Facilidad de despliegue clínico: la implantación de la AT en centros nuevos es sencilla, ya que es fácil de usar y mantener, requiere una formación elemental y permite que una mayor variedad de personal sanitario administre el tratamiento en comparación con la crioterapia.

Mejora del acceso: en todos los países, la AT mejora el acceso, ya que es una opción de tratamiento inmediata, rápida, segura y eficaz para las lesiones precancerosas, lo que reduce la pérdida de seguimiento y aumenta la cobertura del tratamiento. La AT permite descentralizar el tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino a más centros de salud (incluidos los centros de atención primaria y las clínicas móviles) gracias a su facilidad de uso, portabilidad y necesidades mínimas de infraestructura. Para las usuarias que dudan en acudir a un centro de salud central por motivos como la distancia, el tiempo y el coste del transporte, las clínicas móviles y de proximidad se convierten en una solución práctica. La mayor portabilidad permite a los colaboradores gubernamentales planificar sesiones de cribado y tratamiento en los campamentos y aprovechar las plataformas de servicios sanitarios a nivel comunitario, ampliando así el acceso.

Mejora de la equidad sanitaria: la introducción del programa de AT ha mejorado el acceso equitativo al tratamiento en los emplazamientos del país. El despliegue de la AT ha proporcionado servicios a más personas de zonas rurales y de difícil acceso. Las mujeres ahora tienen acceso a instalaciones adicionales (es decir, centros de nivel primario y secundario), así como a clínicas móviles que ofrecen AT, mientras que antes solo podían recibir crioterapia en un número limitado de instalaciones más centralizadas que disponían de la infraestructura necesaria.

Facilidad de adquisición: los colaboradores sobre el terreno consideran que la AT es más fácil de adquirir que la crioterapia. Algunas de las principales razones de son:

- La adquisición de AT solo requiere coordinarse con proveedores especializados, mientras que, para la crioterapia, debe gestionarse la logística con los fabricantes de dispositivos y los diferentes proveedores para garantizar que haya bombonas de gas y un suministro regular de gas.
- El precio de la AT está normalizado, mientras que los precios de la crioterapia (específicamente las bombonas de gas) fluctúan y se ven afectados por las variaciones de los tipos de cambio de las monedas locales.
- La cadena de suministro de la AT es fiable, mientras que el gas refrigerante para la crioterapia se enfrenta periódicamente a problemas de suministro.

Coste

Los países colaboradores han manifestado que la AT puede desplegarse por una fracción del coste en comparación con la crioterapia. La AT es más barata que la crioterapia en cuanto al coste inicial, no requiere la compra continua de bombonas de gas y es un procedimiento más breve que la crioterapia. Muchos países han destacado que el tiempo de procedimiento de la AT es 10 veces más corto que el de la crioterapia (menos de un minuto para la AT frente a más de 10 minutos para la crioterapia). Por lo tanto, el coste del procedimiento es menor y el personal sanitario no tiene que dedicar tanto de su valioso tiempo.

Desafíos con la AT

CHAI y nuestros colaboradores nacionales han tenido dificultades limitadas con la asistencia técnica. En términos generales, el mayor reto para avanzar es la identificación de recursos que apoyen la ampliación de los programas de cribado y tratamiento, incluida la búsqueda de un presupuesto recurrente para adquirir dispositivos adicionales y accesorios.

Los países no han tenido problemas de indecisión con respecto a la adopción de la AT por parte de las clínicas o el personal sanitario. Desde la perspectiva de las pacientes, la AT ha sido aceptada en líneas generales. Las pacientes han informado de que el procedimiento es sorprendentemente rápido e indoloro. Algunas pacientes expresan su preocupación por la necesidad de abstinencia tras el tratamiento mientras el cuello uterino cicatriza, pero esta preocupación es común a la AT y al tratamiento con crioterapia y habla de la necesidad de un asesoramiento adecuado y de la participación de las parejas de las mujeres. A medida que se amplíe la AT, será importante concienciar a la comunidad y movilizar a las mujeres para que participen en el cribado y el tratamiento posterior. En muchos países colaboradores, CHAI trabaja activamente en actividades de generación de demanda para aprovechar la influencia del personal sanitario de la comunidad, los jefes locales y los familiares/parejas.

Por ejemplo, en la India se identificó una mayor presencia de distribuidores nacionales como una oportunidad clave de garantizar que el soporte técnico y de mantenimiento estuviera disponible en el país cuando fuera necesario. En términos más generales, a través de este proyecto, el objetivo de CHAI y Unitaaid es reforzar el suministro de dispositivos de AT trabajando, tanto con los fabricantes como con los países, para garantizar que el mercado de AT sea accesible y sostenible.

La AT es una herramienta clave para ayudar a los países a eliminar el cáncer de cuello uterino

Con su apoyo a la AT, la OMS ha proporcionado una herramienta adicional fundamental para ayudar a los países a lograr sus objetivos de eliminación del cáncer de cuello uterino. La experiencia del despliegue de la AT en este proyecto financiado por Unitaaid respalda el uso de la AT y destaca las muchas ventajas y las limitadas dificultades experimentadas con esta nueva tecnología de tratamiento. Los equipos de campo de los países colaboradores han señalado numerosas ventajas de la AT sobre la crioterapia. Además de ser fácil de usar y mantener, los dispositivos pueden ser manejados por un grupo más amplio de personal sanitario (con la formación adecuada), lo que hace que el tratamiento sea más accesible. Asimismo, la AT es una alternativa de tratamiento rápida, segura y eficaz para las lesiones precancerosas, lo que, a su vez, puede dar lugar a mayores tasas de cobertura. Estos factores también pueden reducir las barreras logísticas y de desplazamiento de

las pacientes, lo que permite el tratamiento para muchas zonas rurales de difícil acceso de los PIBM. El hecho de que el tratamiento esté disponible en los mismos lugares en los que se realiza el cribado reduce en gran medida el riesgo de que no se haga un seguimiento a las mujeres cuando se las derive a un centro de salud de nivel superior.

Aunque nuestros países colaboradores han indicado que la AT es más económica que la crioterapia, los costes recurrentes asociados a la adquisición de dispositivos adicionales y piezas de repuesto se consideran un obstáculo para la ampliación. Para desarrollar el acceso a esta tecnología que salva vidas será fundamental seguir movilizando recursos para apoyar los planes de ampliación de cribado y tratamiento de los países. Los dispositivos de AT pueden permitir que más mujeres tengan acceso al tratamiento, mejorando los resultados sanitarios y haciendo posible que más países logren, en última instancia, la eliminación del cáncer de cuello uterino.

Referencias

- ¹ AS ha redactado este libro voluntariamente en colaboración con CHAI. Todos los demás autores están vinculados a CHAI.
- ² Ampliar la eliminación del cáncer de cuello uterino con una estrategia de prevención secundaria.
- ³ Organización Mundial de la Salud (2019). Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para las lesiones precancerosas de cuello uterino. Ginebra.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud (2020). Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública. Ginebra.
- ⁵ Maza M, Schocken CM, Bergman KL, Randall TC, Cremer ML. Cervical Precancer Treatment in Low- and Middle-Income Countries: A Technology Overview. *J Glob Oncol*. 17 de agosto de 2016; 3(4):400-408. Doi: 10.1200/JGO.2016.003731.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud (2019). [Directrices de la OMS para el uso de la ablación térmica para las lesiones precancerosas de cuello uterino](#). Ginebra.
- ⁷ Naud PS, Muwonge R, Passos EP, Magno V, Matos J, Sankaranarayanan R. Efficacy, safety, and acceptability of thermocoagulation for treatment of cervical intraepithelial neoplasia in a hospital setting in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016; 133(3):351-354. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.09.035.
- ⁸ Duan L, Du H, Belinson JL, Liu Z, Xiao A, Liu S, Zhao L, Wang C, Qu X, Wu R. Thermocoagulation versus cryotherapy for the treatment of cervical precancers. *J Obstet Gynaecol Res*. Enero de 2020; 446(1):147-152. Doi: 10.1111/jog.14139.
- ⁹ See «External Resource: How to access ~50% price reduction on thermal ablation and LEEP devices» en el sitio de la Iniciativa para la Eliminación del Cáncer Uterino de la OMS. <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>.
- ¹⁰ Viviano M, Kenfack B, Catarino R, et al. Feasibility of thermocoagulation in a screen-and-treat approach for the treatment of cervical precancerous lesions in sub-Saharan Africa. *BMC Womens Health*. 2017; 17(1):2. Publicado el 7 de enero de 2017. doi: 10.1186/s12905-016-0355-x.
- ¹¹ Tran PL, Kenfack B, Tincho Foguem E, et al. Efficacy of thermoablation in treating cervical precancerous lesions in a low-resource setting. *Int J Womens Health*. 2017; 9:879-886. Publicado el 1 de diciembre de 2017. doi: 10.2147/IJWH.S142911.