



**SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ENFERMERAS EN  
EL CUIDADO DEL CANCER (ISNCC)**

**DECLARACION**

**Detección Temprana del Cáncer de Cérvix**

**Premisa:** El cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible y curable.

**Antecedentes:**

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer en mujeres más común en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año 450,000 mujeres son diagnosticadas por primera vez con cáncer de cérvix y que 240,000 mujeres mueren de esta enfermedad. Es importante resaltar que 80% de estos cánceres son diagnosticados en países en vía de desarrollo. Las mujeres a riesgo para el desarrollo del cáncer de cérvix son aquellas de bajo nivel socioeconómico, mayores de 50 años de edad, y analfabetas. En países desarrollados, mujeres indigentes y migrantes son también identificadas como de alto riesgo.

La introducción de programas de detección temprana de cáncer de cérvix ha llevado a una dramática reducción en incidencia y prevalencia. Un programa efectivo de detección temprana de cáncer de cérvix incluye reclutamiento, un instrumento de detección temprana, seguimiento de resultados anormales, y consulta de tratamiento cuando sea apropiado. La introducción de programas de manera oportunista con poca atención a la infraestructura de apoyo, a las medidas de calidad, a las políticas en los mecanismos de llamado y seguimiento, resultan en una reducción de incidencia y mortalidad menos que óptima.

El tamizaje para la detección de precursores de cáncer de cérvix es una de las medidas de salud pública más exitosas en la prevención de cáncer. La mayoría de las mujeres que mueren de cáncer de cérvix nunca han sido tamizadas. La prueba de Papanicolaou es una herramienta efectiva de tamizaje. Otros métodos para la detección temprana de cáncer de cérvix, diferentes a la prueba de Papanicolaou, han sido investigados para uso en países en vía de desarrollo.

Los principales determinantes en la incidencia de cáncer de cérvix deben ser considerados en el desarrollo de un programa:

- Acceso limitado o carencia de programas de tamizaje,
- Falta de personal entrenado para la interpretación de citologías en países en vía de desarrollo, y
- Poca participación de mujeres indigentes y migrantes en los programas de tamizaje en países desarrollados.

Las diferencias socio-económicas en las prácticas de tamizaje tienden a disminuir cuando la participación es promovida, el acceso es aumentado, las barreras culturales y económicas son abolidas, y el apoyo social es ofrecido.



### **Posición:**

La Sociedad Internacional de Enfermeras en el Cuidado del Cáncer está comprometida a apoyar las estrategias que reducirán la incidencia, morbilidad, y mortalidad del cáncer de cérvix. La Sociedad apoya estrategias que promueven equidad de acceso y aseguran un manejo ético en todas las actividades de prevención y tamizaje. Las enfermeras están en una posición clave para la promoción de la detección precoz de cáncer de cérvix a todas las mujeres.

ISNCC recomienda que:

- Todas las enfermeras asuman su responsabilidad como defensoras del usuario ejerciendo presión en organizaciones gubernamentales y de salud para el establecimiento de políticas a largo plazo, infraestructura financiera, legislación, profesionales de salud entrenados y sistemas de control de calidad que apoyen los programas de tamizaje para asegurar equidad de acceso a todas las mujeres.
- Los servicios de detección temprana de cáncer de cérvix estén ofrecidos por profesionales de salud adecuadamente entrenados para aumentar aceptabilidad y accesibilidad de trabajadoras a los programas de tamizaje.
- Todas las enfermeras asumen la responsabilidad de asegurar que el tamizaje de cáncer de cérvix sea desarrollado dentro de un marco de salud amplio relevante al contexto local, y que promueve la salud de las mujeres (y la salud de sus familias); esto puede incluir nutrición, prevención y cesación de fumar, prácticas sexuales, y enfermedades de transmisión sexual.
- La educación en salud sea ofrecida para mejorar el conocimiento tanto del público como de los profesionales de la salud acerca de los beneficios y limitaciones de los programas de tamizaje de cáncer de cérvix.
- Las estrategias de reclutamiento para los programas de tamizaje deben ser culturalmente sensitivos y específicos, dirigidos a toda la población, y promovidos en mujeres no tamizadas.
- Las enfermeras trabajen para disminuir las barreras dentro de los sistemas sociales y de salud que desmotivan o impiden a las mujeres a asistir a los programas de detección temprana de cáncer de cérvix.

### **Referencias**

Arevian, M., Nouredine, S. and Kabakian, T. (1997). A survey of knowledge, attitude and practice of cervical screening among Lebanese/Armenian women. *Nursing Outlook*, 45 (1): 20.

Brooks, S.E. (1996). Cervical cancer screening and older women. *Cancer Practice*, 4: 125-129.

Gajalakshmi, C.K., Krishnamurti, S., Ananth, S. and Shanta, V. (1996) Cervical cancer screening in Tamilnadu, India: A feasibility study of training the village nurse. *Cancer Causes and Control*, 7: 520-524.

Grunfield, E. (1997). Cervical cancer: screening hard-to-reach groups. *Canadian Medical Association Journal*, 157 (5): 543-545. Jennigs-Dozier, K. (1999). Predicting intentions to obtain a Pap smear among African American and Latina women. *Nursing Research*, 48(4):198-205. Kagawa-Singer, M. (1997). Addressing issues for early detection and screening in ethnic populations. *Oncology Nursing Forum*, 24: 1705-1711. Kim K. Yu E.S.H., Chen E.H., Kim J., Kaufman M., Purkiss, J. (1989). Cervical cancer screening knowledge and practices among Korean-American women. *Cancer Nursing* 22 (4): 297-302. Kitchener, H.C. and Symonds, P. (1999). Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries. *The Lancet*, 353 (9156): 856-857. Kottke, T.E. & Trapp, M.A. (1998). Implementing nurses-based systems to provide American Indian women with breast and cervical cancer screening. *Mayo Clinic Proceedings*, 73(9): 815

823. Mandelblatt, J. Gold, K., O'Malley, S.A., Taylor, K., Cagney, K., Hopkins, J.S. & Kerner, J. (1999). Breast and cervix cancer screening among multiethnic women. *Preventative Medicine*,

28: 418-425. Megevand, E., Denny, L., Dehaeck, K., Soeters, R. & Block, B. (1996). Acetic acid visualization of the cervix: An alternative to cytological screening. *Obstetrics and Gynecology*, 88(3): 383-386. Mitchell, H. (1993). Pap smears conducted by nurse practitioners: A comparison with smears taken by medical practitioners. *Oncology Nursing Forum*, 20(5): 807-810. Mitchell, H., Hirst, S., Mitchell, J.A., Staples, M. & Torcello, N. (1997). Effect of ethnic media on cervical cancer screening rates. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21(3): 265-267. Murray, M. & McMillan, C. (1993). Social and behavioral predictors of women's cancer screening practices in Northern Ireland. *Journal of Public Health Medicine*, 15(2):147-153. Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Raymond, L. & Young, J (1997). Cancer incidence in five continents. IARC Scientific Publication Series No. 143. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Paskett, E.D., Rushing, J., D'Agostino, R., Tatum, C. & Velez, R. (1997). Cancer screening behaviors of low-income women: The impact of race. *Women's Health*, 3: 203-226. Segnan, N. (1997). Socioeconomic status and cancer screening. IARC Scientific Publication Series No. 138. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Symonds, R.P. (1997). Screening for cervical cancer: Different problems in the developing and developed world. *European Journal of Cancer Care* 6(4): 275-279. World Health Organization. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. WHO, 1999

**Para mayor información:** The ISNCC Secretariat Office, Christine Armstrong, P.O. Box 297, Macclesfield, Cheshire UK SK 11 7TT. Telephone: +44 (0)1625 669588 Fax: +44 (0) 1625 428128 Email: [secretariat@isncc.org](mailto:secretariat@isncc.org)

Rev.2/02 Traducido a Español por:  
Lorna Rodriguez, MD, PhD Clara  
Granda-Cameron, RN, MSN