

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La perspectiva del curso de la vida para la prevención del cáncer cervical: revisión narrativa

Fecha de recepción:
5 de febrero de 2024.
Fecha de aprobación:
14 de mayo de 2024.

The life course approach for cervical cancer prevention: narrative review / A perspectiva do curso de vida para a prevenção do câncer do colo do útero: revisão narrativa

Verónica Córdoba-Sánchez^{1,2}

RESUMEN

El cáncer cervical es de los más diagnosticados y al mismo tiempo el más prevenible, ya que se han identificado con plenitud las diferentes etapas de su historia natural y se han desarrollado estrategias de prevención acorde a ellas. Sin embargo, esas estrategias no se ven reflejadas en la reducción de la morbilidad y la mortalidad en los países de bajos y medianos ingresos, debido a diferentes problemáticas tanto estructurales como individuales. En la presente revisión narrativa se explora la interacción entre la historia natural de la enfermedad, sus determinantes sociales y el enfoque del curso de vida, así que se analizan las barreras presentes para las estrategias de prevención, como la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), el tamizaje y el tratamiento de lesiones cancerosas, propuestas en 2020 en la Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, para sugerir cómo los esfuerzos intersectoriales pueden contribuir a disminuir las barreras de acceso en la prevención de esta enfermedad.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino; perspectiva del curso de la vida; determinantes sociales de la salud; prevención de enfermedades; salud de la mujer.

ABSTRACT

Cervical cancer is one of the most diagnosed cancers in the world and simultaneously the most preventable since the different stages of its natural history have been fully identified and prevention strategies have been developed accordingly. However, these strategies are not reflected in the reduction of morbidity and mortality in low- and middle-income countries due to different problems, both structural and individual. This narrative review explores the interaction between the natural history of the disease, its social determinants, and the life course approach, therefore, it analyzes the barriers in prevention strategies, such as vaccination against human papillomavirus (VPH), screening, and treatment of cancerous lesions, proposed in 2020 in the Global Strategy for the Elimination of Cervical Cancer, to suggest how intersectoral efforts can contribute to reduce the barriers to access in the prevention of this disease.

Keywords: uterine cervical neoplasms; life course perspective; social determinants of health; disease prevention, women's health.

Forma de citar este artículo:

Córdoba-Sánchez V. La perspectiva del curso de la vida para la prevención del cáncer cervical: revisión narrativa. Med UPB. 2024;43(2): 52-60. DOI:10.18566/medupb.v43n2.a07

1. Programa de Psicología, Universidad EAFIT. Medellín, Colombia.
2. Doctorado en Psicología (candidata a doctora), Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia:

Verónica Córdoba-Sánchez.
Correo electrónico:
veronica.cordoba222@tau.usbmed.edu.co

RESUMO

O cancro do colo do útero é um dos mais diagnosticados e ao mesmo tempo mais evitáveis, uma vez que as diferentes fases da sua história natural foram plenamente identificadas e foram desenvolvidas estratégias de prevenção em função delas. No entanto, estas estratégias não se refletem na redução da morbilidade e mortalidade nos países de baixo e médio rendimento, devido a diferentes problemas estruturais e individuais. Na presente revisão narrativa, é explorada a interação entre a história natural da doença, os seus determinantes sociais e a abordagem do curso de vida, bem como as atuais barreiras às estratégias de prevenção, como a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), o rastreio e a vacinação. tratamento de lesões cancerígenas, proposto em 2020 na Estratégia Global para a Eliminação do Câncer do Colo do Útero, para sugerir como os esforços intersectoriais podem contribuir para a redução das barreiras de acesso na prevenção desta doença.

Palavras-chave: neoplasias cervicais; perspectiva de curso de vida; Determinantes Sociais da Saúde; prevenção de doença; saúde das mulheres.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es uno de los más diagnosticados en el mundo. En 2020, tuvo una estimación de incidencia de 604 127 casos nuevos y 341 831 muertes, se constituye como el cuarto cáncer más detectado y es la cuarta causa de muerte en las mujeres¹. En los países menos desarrollados su incidencia es mayor, ya que es el segundo en mortalidad después del cáncer de mama². En Colombia, este cáncer tiene una incidencia de 18.3 por cada 100 000 mujeres al año (95% CI: 4.311–5.216) y una tasa de mortalidad de 9.61 (95% CI: 2.316–2.677). En 2020, en el país, el 7.9% de todos los casos de cáncer nuevo en mujeres reportados correspondían a este tipo de cáncer, es decir, 4742 casos nuevos³.

Esta elevada carga de morbilidad y mortalidad, no solo en Colombia, sino a nivel global, y las características de la historia natural de este cáncer, llevó a que a finales de 2020 se oficializara la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. En esta se estableció la necesidad de acciones urgentes que articulen los planes de prevención contra este cáncer y se trazaron las siguientes metas para 2030: cobertura vacunal contra el VPH del 90% para las niñas y adolescentes antes de cumplir los 15 años, cobertura de detección del 70% en las mujeres antes de los 35 y de nuevo antes de los 45 años mediante una prueba de alta precisión y acceso del 90% al tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasivo en mujeres diagnosticadas⁴.

Dada la alta prevalencia de la enfermedad y su distribución tan desigual, en la presente revisión narrativa se exploraron 3 enfoques teóricos que permitieron entender las barreras para las estrategias de prevención: el modelo de la historia natural de la enfermedad⁵, el modelo de

los determinantes sociales de la salud⁶ y el enfoque del curso de vida⁷. Estas perspectivas posibilitan desarrollar cómo diferentes factores a lo largo de la vida tienen una relación con la incidencia de la enfermedad en la vida adulta y cómo la exposición a circunstancias beneficiosas y adversas varía para cada individuo, porque la trayectoria de vida es única y se manifestará en distintas expresiones de salud y bienestar⁸.

TEMA CENTRAL

La historia natural de la enfermedad

El descubrimiento de la causa del cáncer cervical se pudo trazar hasta finales del siglo XIX, cuando se empezaron a analizar certificados de defunción de mujeres veronesas. En ellas se halló una alta prevalencia de este cáncer, pero solo en mujeres que habían sido sexualmente activas (casadas, viudas y prostitutas) y no en mujeres célibes (vírgenes y monjas). De allí surgió la teoría de la relación entre la actividad sexual y el desarrollo de esta enfermedad, planteamiento que apenas se puso a prueba en la década de 1960.

En los primeros años de la década de 1980, fue el médico alemán Harald zur Hausen quien comprobó la relación causal entre una familia de virus denominada virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer cervical⁹. Este descubrimiento le haría acreedor del premio Nobel de Medicina en 2008¹⁰ y sus hallazgos han sido replicados en diversos laboratorios alrededor del mundo. Lo que antes era una teoría ahora es un hecho científico: el agente causal necesario para el desarrollo del cáncer cervical es el VPH^{11,12}.

Una vez se identificó que una infección persistente por el VPH es la causa principal del cáncer cervical, fue posible establecer cuál es su historia natural. De acuerdo

con el modelo de Leavell y Clark⁵, se divide en un periodo prepatogénico y uno patogénico. En el primero hay una interacción entre 3 aspectos: huésped, agente y ambiente, la cual puede dar como resultado que el agente contagie al huésped y se da inicio al periodo patogénico. En este periodo, el huésped tiene la enfermedad, pero solo es identificada cuando se presentan síntomas y estos, al ser signos de enfermedad, atraviesan un horizonte clínico a través del diagnóstico. Lo anterior puede ser seguido o no de un tratamiento y, según el caso, la historia natural de la enfermedad puede tener como desenlace la curación, la cronicidad o la muerte. La propuesta del modelo de la historia natural de la enfermedad, además de describir el curso de esta, posibilita que sea explícito el tipo de intervención a realizar en cada una de sus etapas: en el periodo prepatogénico se realizan acciones de prevención primaria y en el patogénico acciones de prevención secundaria y terciaria¹³.

En el periodo prepatogénico del cáncer de cuello uterino la huésped posee un órgano llamado cuello uterino o cérvix, cuya función normal es la de conexión entre el útero y la vagina. Este órgano tiene 2 partes y está compuesto de 2 tipos de células, el endocérvix, la entrada del cérvix que lleva al útero y está cubierto de células glandulares, y el exocérvix, la parte externa del cérvix que está cubierta de células escamosas. El lugar donde estas células se encuentran es la zona de transformación, donde la mayoría de los carcinomas empiezan¹⁴.

Respecto al VPH, ha sido identificado como el agente etiológico necesario para el desarrollo del cáncer cervical^{12,15} con alrededor de 200 tipos diferentes, entre ellos el 16 y el 18 son los más carcinogénicos y se les denomina de alto riesgo, les siguen los tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Se considera que los tipos 26, 53 y 66 son factiblemente carcinogénicos¹¹. Este virus se transmite a través del contacto con piel genital, mucosas o membranas y fluidos corporales que puede suceder durante el coito o el sexo oral. La mayoría (70%-90%) de las infecciones por VPH son asintomáticas y se resuelven de forma espontánea entre 1 y 2 años, no obstante, cuando se dan infecciones persistentes con los virus de alto riesgo, la enfermedad puede progresar. Además, si no se detecta y se trata a tiempo puede convertirse en un carcinoma invasivo el tracto genital¹⁶. Un problema en cuanto a la detección de la enfermedad es: la infección persistente por VPH, a diferencia de otras infecciones del tracto genitourinario, no genera síntomas inmediatos como picazón, ardor o incremento del flujo vaginal¹⁷.

En lo referente al ambiente, se ha encontrado que el bajo nivel socioeconómico, por ende, el difícil acceso a los servicios de salud, y el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos son factores de riesgo para adquirir la enfermedad¹⁴. En cuanto a la interacción entre

huésped, agente y ambiente, se conoce que los principales factores de riesgo para la infección por VPH son el género, la edad y la actividad sexual. Las tasas más altas de infección se presentan en mujeres menores de 25 años¹⁷. De igual forma, tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical las mujeres multíparas, con inicio de vida sexual activa antes de los 18 años, con el primer parto antes de los 20, fumadoras activas o pasivas, con inmunosupresión, con uso prolongado de anticonceptivos orales e historia previa de displasia en tejidos cérvico-vaginales¹³.

La prevención primaria, es decir, antes de que la mujer se contagie del virus, se debe realizar a partir de las siguientes estrategias de prevención primaria: para todas las niñas de 9 a 14 años aplicar 2 dosis de la vacuna contra el VPH, para todas las niñas, niños y adolescentes dar información acerca de la salud, recomendar contra el uso del cigarrillo, brindar educación sexual según la edad y la cultura, por último, promover el uso del preservativo y suministrárselos a aquellos que ya hayan iniciado la actividad sexual⁴. En Colombia, a partir de octubre de 2023, el esquema de vacunación se modificó para dar lugar a una dosis para las niñas y adolescentes entre 9 y 17 años y niños de 9 años¹⁸.

No obstante, prevenir la transmisión del VPH es un asunto complejo. A pesar de que es la infección de transmisión sexual más común y la probabilidad de contagiarse cuando uno de los tipos oncogénicos es baja, esta probabilidad aumenta dado que la actividad sexual se realiza con alta frecuencia desde temprana edad. De igual forma, los métodos de barrera son parcialmente efectivos, debido a que el virus puede existir a través de la mayor parte del área ano-genital, incluso en áreas no cubiertas por los condones masculinos, y la infección puede permanecer activa por años. Esto permite que la sangre compartida a través de los microdesgarros propios de la fricción en las relaciones sexuales sean el vehículo para la transmisión del virus¹⁷.

La primordial estrategia en la actualidad para la prevención de este cáncer es la vacunación contra el VPH, sin embargo, tiene una baja cobertura en Colombia y en el mundo¹⁹. En los estudios que han analizado las razones de esto se ha encontrado una amplia gama de factores, como el temor por la seguridad de la vacuna, la baja percepción de susceptibilidad, costo, necesidad de desplazamiento para conseguirla²⁰, así como la no recomendación del proveedor de salud, la falta de conocimiento por parte de los padres y la reticencia a la vacunación por parte de estos²¹.

En el caso de Colombia, la vacuna del VPH se incluyó en el programa de inmunización nacional en 2012 y se aplicaba en los colegios a niñas de cuarto grado de primaria que tuvieran 9 años. La cobertura nacional fue superior al 80% hasta junio del 2014, fecha en la cual

ocurre una crisis de vacunación desencadenada por la aparición repentina de síntomas como cefaleas, desmayos y parestias en un grupo de adolescentes en el municipio del Carmen de Bolívar que habían recibido la vacuna contra el VPH²². Aunque en una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud²³ se descartaron etiologías tóxicas, infecciosas y posibles reacciones adversas vacunales, la respuesta del gobierno a la crisis fue tardía e inapropiada y la confianza pública hacia la descendió de forma abrupta, hasta el punto en que las tasas de cobertura nacionales pasaron a ser de 5% para el esquema completo en 2016²². Dicho suceso es una de las razones por las que la estrategia de prevención primaria en el período prepatogénico no es eficaz en el país.

Por su parte, el período patogénico hace referencia a cuando uno o varios virus de alto riesgo infectan al huésped y causan una infección persistente que lleva a lesiones precancerosas. El periodo entre la infección y la aparición de los síntomas suele ser de 10 a 20 años, pero a veces puede tomar menos tiempo²⁴. La infección persiste solo en un pequeño porcentaje de mujeres y solo una parte de las infecciones crónicas progresan a precáncer, de las cuales incluso menos progresarán a cáncer invasivo.

No obstante, una gran mayoría (>85%) de los casos de cáncer de cuello uterino (445 000 anuales) ocurren en los territorios menos desarrollados, donde aparecen casi el 12% de las neoplasias en mujeres. En comparación, en las zonas más desarrolladas, este cáncer representa menos del 1% de los cánceres en mujeres (83 000 al año). Las tasas de mortalidad varían hasta en 18 veces entre países, desde <2 por 100 000 mujeres en países industrializados hasta 28 por 100 000 en algunos países en desarrollo¹⁶.

La infección identificable por VPH es más habitual en las mujeres jóvenes, aunque la prevalencia cambia según la región. Por lo general, alcanza un pico del 20% en las mujeres entre los 20 y los 24 años y declina aproximadamente entre 8 a 10% en las mujeres con edades superiores a 30. Las mujeres con más de 35 años de edad a quienes se les haya identificado lesiones precancerosas severas están en alto riesgo de desarrollar cáncer, el cual aparece con más frecuencia en mujeres después de los 40 años¹⁶.

El daño provocado por el virus puede profundizarse y extenderse más allá del cérvix sin interesar el tercio inferior de la vagina o a la pared pelviana, pero cuando afecta estas estructuras puede llegar a invadir la mucosa de la vejiga o el recto. El estado de cronicidad se da cuando es detectado y tratado de forma adecuada. Puede haber una curación cuando hay una identificación oportuna y extirpación del carcinoma con tratamiento posterior, farmacológico y de radioterapia¹⁶.

En este periodo de la enfermedad se realizan estrategias de prevención secundaria, en especial de tamizaje como la citología y diagnóstico como la prueba de ADN. Una

vez realizadas estas pruebas, si la persona es positiva para VPH, pero todavía no tiene una lesión, debe continuar realizándose exámenes periódicos para detectar posibles anomalías citológicas. Si se detectan lesiones precancerosas provocadas por el virus, estas deben ser tratadas lo más rápido posible con conización o crioterapia. Si las lesiones son cancerosas, se debe proceder con tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia o cuidado paliativo, según proceda. Si la detección se hace cuando todo el útero está comprometido, es necesario realizar una cirugía en la cual se extirpa por completo este órgano. Si hay metástasis en otros órganos, la persona ya no recibirá un tratamiento con fin curativo, sino paliativo con el fin de aliviar su sufrimiento físico y psicológico²⁵.

En cuanto a las condiciones del huésped, se ha hallado que a menor nivel socioeconómico y educativo más pronto se inicia la vida sexual, dado que se tiene menos acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva^{26,27}. Las lesiones precancerosas detectadas a tiempo pueden ser tratadas con facilidad, pero el mismo acto de acceso al tamizaje puede obstaculizarse por barreras individuales como la falta de conciencia y conocimiento sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer de cuello uterino, la edad, el estado civil, la timidez o el estatus socioeconómico²⁸. Las creencias culturales y religiosas también determinan la disposición de las mujeres a utilizar los servicios; además, en algunas comunidades existe un estigma asociado a la discusión de temas de salud reproductiva y esto limita la conciencia de las jóvenes sobre el cáncer de cuello uterino y su prevención^{29,30}.

Estudios epidemiológicos en Colombia señalan que las mujeres diagnosticadas con cáncer cervical son más jóvenes que las diagnosticadas con cáncer de mama, que pertenecen en mayor proporción al régimen subsidiado de salud y viven en áreas no metropolitanas y rurales³¹. La mayoría se encuentran entre los 30 y los 44 años³¹, justo el periodo activo y fértil de la vida. El patrón de mortalidad por este cáncer indica que hay zonas del territorio nacional con un riesgo más alto, como aquellas cerca de los ríos navegables, las ciudades fronterizas, el golfo de Urabá y la serranía del Baudó³².

En cuanto a las condiciones del ambiente, el tamizaje es una de las estrategias de prevención secundaria más importantes, incluso un tamizaje poco frecuente puede ser efectivo siempre y cuando su cobertura sea alta y haya un enlace al tratamiento³. No obstante, el proponerle a las mujeres que se hagan una prueba de detección de una infección de transmisión sexual como el VPH y su consiguiente resultado, puede afectar la calidad de vida^{34,35} y existen barreras que dificultan el acceso al tratamiento una vez detectada la enfermedad³⁶.

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales para la salud son los aspectos políticos, sociales, ambientales, económicos y culturales con una gran influencia sobre la salud de las poblaciones. Estos incluyen la distribución de poder, ingresos, servicios y bienes, así como las circunstancias generales que rodean la vida de las personas, ejemplo de estos son: el acceso a la atención médica y la educación, las condiciones laborales y de ocio, el estado de la vivienda y el hábitat⁶.

Estos determinantes son la causa de buena parte de las inequidades sanitarias en diversos países y dentro de cada país⁶, ya que las personas pueden tener ventajas o desventajas sociales en virtud de su raza, etnia o factores socioeconómicos (la riqueza acumulada, el nivel educativo, el lugar de residencia). Allí también son relevantes dimensiones como el género, la religión, la orientación sexual, la discapacidad y otras características asociadas con niveles de estigma social que influyen los recursos y oportunidades en la vida. El concepto de inequidades sanitarias se refiere a las diferencias potencialmente evitables en grupos de personas que tienen distintos niveles de ventaja social y económica de acuerdo con su raza, grupo étnico o factores socio económicos, estas hacen que los grupos con desventajas sociales experimenten de forma sistemática una peor salud, mientras que los grupos más privilegiados posean un mejor acceso a la salud, porque enfrentan menos obstáculos para adoptar comportamientos saludables⁷.

El estudio de estos determinantes, en relación con diversas patologías, ha permitido comprender que proporcionar información a los individuos sobre decisiones de salud no es suficiente⁷, puesto que las conductas de salud adoptadas por las personas no son solo el resultado de sus propias decisiones racionales e individuales, sino que están influenciadas por las condiciones sociales, económicas y culturales de su entorno³⁷. En concreto, se reconoce que el cáncer cervical es el tipo de cáncer más prevenible, debido a su lenta progresión, lesiones precancerosas citológicamente identificables y tratamientos altamente efectivos²⁸. Aun así, es una de las enfermedades que más hace evidentes las inequidades en salud³⁸ a pesar de la disponibilidad de herramientas efectivas para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, ya que estas no se han traducido en menores tasas de mortalidad³⁹.

En cuanto a los determinantes sociales asociados al diagnóstico, se ha encontrado que a menor nivel de desarrollo humano más avanzada es la etapa del cáncer en la que se hace el diagnóstico^{40,41}. Respecto al acceso al tratamiento, el ser soltera, no contar con seguro médico, tener que viajar largas distancias al centro médico y difi-

cultad para acceder al transporte, se asociaban a un peor pronóstico³⁹. En Colombia se ha encontrado que algunos factores psicosociales (el anteponer las necesidades de los hijos frente a las propias, la baja autoeficacia, el temor por el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos) son barreras para realizar el seguimiento a citologías anormales⁴². Adicional, hay limitaciones propias del sistema de salud: la fragmentación en la provisión de servicios, dificultades asociadas al régimen de salud y la afiliación a este, problemas con la asignación de citas, largas filas, maltrato proveniente de los administrativos de las entidades de salud, dificultades con las autorizaciones médicas y gastos asociados con los anteriores³⁶.

En lo referente a la mortalidad por cáncer cervical, se han encontrado asociaciones con un nivel socioeconómico bajo y un alto índice de pobreza, porque el diagnóstico y tratamiento del cáncer son complejos, requieren de tecnología costosa y personal calificado³⁹, por tanto, hay diferencias en la supervivencia por este cáncer en los países con servicios de salud altamente desarrollados⁴³. Por cada 10 mujeres que mueren en el mundo por cáncer cervical, 9 pertenecen a países de bajos y medianos ingresos².

Otro aspecto importante dentro de las inequidades en salud es el deficiente acceso a los derechos sexuales y reproductivos, donde la salud sexual es entendida como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. La prestación de servicios en esta área requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como a la posibilidad de tener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, estigma, discriminación y violencia⁴⁴.

Para que estos derechos se conviertan en hechos es necesaria la provisión de servicios integrales centrados en las personas, que estén respaldados por un entorno propicio, sistemas de salud de calidad y una participación comunitaria significativa, esto puede conducir a beneficios y resultados secuenciales a lo largo del curso de la vida. En los derechos se incluyen el acceso a la planificación familiar, el tratamiento para la infertilidad, la orientación frente a la violencia de género (allí está también la violencia contra las mujeres), la educación sexual comprensible, la prevención de las enfermedades sexuales, la salud y el bienestar sexual, el acceso a un aborto seguro y al cuidado posaborto, el cuidado prenatal y postnatal, y la prevención y tratamiento de todos los cánceres del sistema reproductivo⁴⁴.

El enfoque del curso de vida

Se trata de una propuesta teórica nutrida por disciplinas como la sociología, la historia, la psicología y la demografía^{45,46}. La adopción de este enfoque implica reconocer que cada etapa de la vida, desde el nacimiento

hasta la muerte, está entrelazada con las vidas de otras personas y con las generaciones tanto pasadas como futuras de sus familias. Así que la salud y el bienestar dependen de las interacciones entre los factores de riesgo y protectores a lo largo del ciclo vital⁴⁷.

En la Declaración de Minsk: El enfoque del curso de vida en el contexto de la Salud 2020⁴⁸, se estableció que un enfoque del curso vital es una inversión en la salud y el bienestar. Allí se hizo el llamado para realizar 3 acciones fundamentales: 1) asegurar el mejor comienzo en la vida, 2) proteger y promover adecuadamente la salud durante los períodos de transición de la vida y 3) realizar dichas acciones como sociedad en su conjunto para crear entornos saludables, mejorar las condiciones de la vida diaria y fortalecer los sistemas de salud enfocados en las personas.

Los periodos de transición de la vida mencionados en la segunda acción son propicios para implementar estrategias de promoción de la salud que permitan a las personas desarrollar ciertas características, habilidades o capacidades, las cuales repercuten en etapas futuras del desarrollo⁴⁹. De esta forma, la existencia de susceptibilidades al cáncer en mujeres de diferentes edades proporciona una justificación para las estrategias de prevención del cáncer basadas en el género⁵⁰, como la Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino⁴.

En el caso del cáncer cervical, puede observarse cómo la historia natural del cuadro se entrecruza con las transiciones del curso de la vida de las mujeres. Un caso hipotético: a una niña colombiana, al cumplir los 9 años, se le ofrece la vacuna contra el VPH en su institución educativa, sus cuidadores rechazan la oferta por sus creencias sobre la seguridad, eficacia de la vacuna o por temor de incitar el inicio de la actividad sexual^{51,52}. En esta situación la niña pierde la oportunidad de desarrollar inmunidad contra el virus, algo que no va a poder adquirir de manera natural por el contagio al que potencialmente estará expuesta al ser la infección de transmisión sexual más común¹⁷.

En las siguientes transiciones de la vida de esta misma niña, ya adolescente o adulta, se encontrará con otras estrategias como la educación sobre derechos reproductivos y sexuales, entre los que está el conocimiento sobre el uso del preservativo y el tamizaje para la detección temprana de lesiones precancerosas⁴. Respecto al preservativo, si bien es eficaz contra los embarazos no deseados y otras infecciones, no lo es contra el VPH¹⁷. En cuanto al tamizaje, la alta prevalencia del cáncer cervical en países de bajos y medianos ingresos pone en evidencia la baja eficacia de los programas que desarrollan esta estrategia³⁸ debido, entre otras causas, a la fragilidad de los sistemas de salud³⁸, a las barreras de acceso en el seguimiento de las anomalías citológicas^{36,53} y en el tratamiento de lesiones cancerosas^{38,39,43}.

En este enfoque se reconocen las interacciones en las vidas de las personas, por tanto, este diagnóstico es un evento disruptivo en la trayectoria del curso de vida, no solo para las mujeres como individuos, sino para sus familias. Este hecho puede interrumpir la consecución de metas trazadas por el impacto de ser diagnosticada con una enfermedad que se origina por una infección de transmisión sexual^{34,54}, además, porque si la enfermedad progresa y la mujer muere, deja tras de sí a sus hijos. Esto tiene un impacto psicológico, económico y de salud para ellos, ya que las mujeres suelen asumir el rol crucial de encargarse de la nutrición y el cuidado⁴³.

Desde el enfoque del curso de vida se ha reconocido que muchas de las enfermedades y discapacidades que surgen en la vida adulta tienen sus bases en los primeros años de vida. Desde ahí se ha propuesto el modelo acumulativo para explicar que la exposición a múltiples factores de riesgo y de protección a lo largo de la vida se combinan y tienen efectos favorables o desfavorables sobre la salud⁸. Al respecto, en Colombia, el Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2022–2031³⁷ propone que se deben reconocer los roles y relaciones de poder que aparecen asociadas a determinantes sociales de la salud, como el género, la etnia o distintas condiciones de vulnerabilidad, puesto que el enfoque preventivo no se puede limitar a la división de la población en grupos de edad, sino que debe abordar la salud como un continuo en el cual hay una acumulación permanente de potencialidades y capacidades que permiten a comunidades y personas hacer frente a los factores de riesgo y alcanzar una vida plena y saludable.

Al trascender la secuencialidad de las etapas del ciclo de vida, el enfoque del curso de vida se centra en las interacciones que marcan las diferencias y posibilitan la realización humana a través del disfrute de derechos, el despliegue de capacidades y libertades que son en sí mismas oportunidades para implementar estrategias de salud pública³⁷. Si bien esta perspectiva es un campo de estudio en desarrollo⁴⁶, sobre las enfermedades no transmisibles en las mujeres, hay suficiente evidencia para afirmar que la educación temprana, el inicio oportuno de medidas preventivas y el manejo consistente de los factores de riesgo a lo largo de la vida es una estrategia integral para prevenir o retrasar la progresión de dichas enfermedades⁵⁵. Para lograrlo, es necesario actuar sobre estos factores, fortalecer el capital social, las redes de apoyo social e institucional y la eficacia colectiva³⁷.

CONCLUSIONES

El enfoque del curso de vida amplía el panorama de la prevención del cáncer cervical, en especial en las ventanas de oportunidad que ocurren en las transiciones de la

vida. La clave de la prevención de esta enfermedad parece encontrarse en la interacción entre la historia natural de la enfermedad, las estrategias de prevención que pueden realizarse teniendo en cuenta esas transiciones y los determinantes sociales que las hacen vulnerables. Es decir, realizar las acciones adecuadas en los momentos indicados: educación en derechos sexuales y reproductivos desde la infancia en las instituciones educativas, llevar la vacunación contra el VPH a las niñas y adolescentes antes que inicien su vida sexual, incentivar el tamizaje por citología y la prueba de alta precisión en las mujeres sexualmente activas y brindar tratamiento oportuno a las lesiones.

Al entender la incidencia de la enfermedad no solo como un asunto biológico o como consecuencia de

decisiones individuales, sino como un fenómeno donde juegan condiciones estructurales relacionadas con la financiación y disponibilidad de los servicios de salud, la comunidad inmediata que promueve el acceso a estos y los individuos y sus familias con creencias y experiencias particulares, se evidencia la necesidad de realizar esfuerzos intersectoriales para mejorar la salud de las mujeres en el curso de la vida. Así será posible alcanzar las metas propuestas por la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino⁴.

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Bruni L, Albero G, Serrano B. Human Papillomavirus and Related Diseases in the World [Internet]; 2021. Disponible en: <https://hpcvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394–424.
3. Bruni L, Albero G, Serrano B. Human Papillomavirus and Related Diseases in Colombia [Internet]; 2023. Disponible en: <https://hpcvcentre.net/statistics/reports/COL.pdf>
4. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem; 2020.
5. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach. McGraw-Hill; 1958.
6. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. En: 62a Asamblea Mundial de la Salud; 2009.
7. Braveman P, Barclay C. Health disparities beginning in childhood: A life-course perspective. *Pediatrics.* 2009;124(suppl 3):10.1542/PEDS.2009-1100D
8. Hertzman C, Power C. Health and human development: understandings from life-course research. *Dev Neuropsychol.* 2003;24(2–3):719–744.
9. Zur Hausen H. Papillomaviruses in the causation of human cancers—a brief historical account. *Virology.* 2009;384(2):260–265.
10. IARC. Harald zur Hausen [Internet] [Consultado octubre 16, 2022]. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/friends-of-iarc/professor-harald-zur-hausen/>
11. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003;348(6):518–527.
12. Walboomers JMM, Jacobs M V, Manos MM. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* 1999;189(1):12–19.
13. Herrera Fernández F. Historia natural de 78 enfermedades: México: Manual gráfico. Manual Moderno; 2016.
14. American Cancer Society. What Is cervical cancer? [Internet] [Consultado 17 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html>
15. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S. The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: A population-based case-control study in Colombia and Spain. *Int J cancer.* 1992;52(5):743–749.
16. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper [Internet] [Consultado 17 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9219-241-268>
17. Ault KA. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2006;2006:40470.
18. Ministerio de Salud. Minsalud fortalece esquema de vacunación ante alertas por picos de enfermedades prevenibles. Boletín de Prensa No 186; 2023.
19. Bruni L, Saura-Lázaro A, Montoliu A. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. *Prev Med (Baltim).* 2021;144:106399.

20. Gerend MA, Shepherd MA, Shepherd JE. The multidimensional nature of perceived barriers: Global versus practical barriers to HPV vaccination. *Health Psychol.* 2013;32(4):361.
21. Bratic JS, Seyferth ER, Bocchini JA. Update on barriers to human papillomavirus vaccination and effective strategies to promote vaccine acceptance. *Curr Opin Pediatr.* 2016;28(3):407–412.
22. Muñoz N, Castro C, Marin M, Torres-Agredo M. Vacunación contra el VPH en Colombia. De la pesadilla a un resplandeciente y prometedor amanecer. *HPV World Newsl.* 2020;(142):1–6.
23. Martínez M, Estevez A, Quijada H. Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. *Inf Quinc Epidemiológico Nac.* 2015;20(3–4):41–76.
24. Organización Panamericana de la Salud. Preguntas frecuentes sobre VPH [Internet] [Consultado 6 de noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/preguntas-frecuentes-sobre-vph>
25. World Health Organization. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: A healthier future for girls and women; 2013.
26. Profamilia, Fundacion PLAN. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia; 2018.
27. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2015.
28. Devarapalli P, Labani S, Nagarjuna N, Panchal P, Asthana S. Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle income countries: A systematic review. *Indian J Cancer.* 2018;55(4):318–326.
29. Chidyaonga-Maseko F, Chirwa ML, Muula AS. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. *Pan Afr Med J.* 2015;21:1937–8688. doi:10.11604/PAMJ.2015.21.231.6350
30. Celentano I, Winer RL, Jang SH. Development of a theory-based HPV vaccine promotion comic book for East African adolescents in the US. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–12.
31. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Gil Quijano AM, Valbuena AM, Acuña L, González JA. Patterns of breast, prostate and cervical cancer incidence and mortality in Colombia: an administrative registry data analysis. *BMC Cancer.* 2020;20(1):1–9.
32. Piñeros Petersen M, Pardo Ramos C, Gamboa Garay Ó, Hernández Suárez G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia 2010; 2010.
33. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Cervical Cancer Prevention FACT SHEET Natural history of cervical cancer: Even infrequent screening of older women saves lives. Cervical Cancer Prevention [Internet] [Consultado 6 de noviembre 2022]. Disponible en: www.alliance-cxca.org.
34. Urrea Cosme Y, Córdoba Sánchez V, Sánchez GI. Health-related quality of life of women after HPV testing as triage strategy for an abnormal Pap smear: A nested randomized pragmatic trial in a middle-income country. *Qual Life Res.* 2020;29(11):2999–3008.
35. Garcés-Palacio IC, Sanchez GI, Baena Zapata A. Psychosocial impact of inclusion of HPV test on the management of women with atypical squamous cells of undetermined significance: A study within a randomised pragmatic trial in a middle-income country. *Psychol Heal.* 2020;35(6).
36. Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas, Medellín-Colombia. *Rev Gerenc y Políticas Salud.* 2014;13(27):200–211.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública PDSP 2022–2031; 2022.
38. Vale DB, Teixeira JC, Bragança JF, Derchain S, Sarian LO, Zeferino LC. Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: Inequality of access and fragile healthcare systems. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(1):7–11.
39. Tjioe KC, Miranda-Galvis M, Johnson MS, Agrawal G, Balas EA, Cortes JE. The interaction between social determinants of health and cervical cancer survival: A systematic review. *Gynecol Oncol.* 2024;181:141–154.
40. Vale DB, Sauvaget C, Muwonge R. Level of human development is associated with cervical cancer stage at diagnosis. *J Obstet Gynaecol.* 2019;39(1):86–90.
41. Galindo JF, Formigari GM, Zeferino LC, Carvalho CF, Ursini EL, Vale DB. Social determinants influencing cervical cancer diagnosis: An ecological study. *Int J Equity Health.* 2023;22(1):1–7.
42. Garcés-Palacio IC, Ramos-Jaraba SM, Rubio-León DC. Health beliefs associated with the follow-up of pap smear abnormalities among low-income women in Medellín, Colombia. *J Cancer Educ.* 2017;10.1007/s13187-017-1172-0
43. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP. The global burden of women's cancers: An unmet grand challenge in global health. *Lancet.* 2017;389(10071):847.
44. World Health Organization. Sexual and reproductive health and rights: Infographic snapshot. [Internet] [Consultado 12 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/WHO-SRH-21.21>
45. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Rev Latinoam Población Asoc Latinoam Población.* 2011;5(8):5–31.
46. Bernardi L, Huinink J, Settersten RA. The life course cube: A tool for studying lives. *Adv Life Course Res.* 2019;41:100258.
47. World Health Organization. The life-course approach: from theory to practice. Case stories from two small countries in Europe; 2018.
48. World Health Organization Regional Office for Europe. The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health 2020; 2016.

49. Mikkelsen B, Williams J, Rakovac I. Life course approach to prevention and control of non-communicable diseases. *BMJ*. 2019;364.
50. Stephenson J. A life-course approach to women's health: Implications for health care and implementation in the United Kingdom (UK). *Entre Nous*. 2015;82:26–28.
51. Cordoba-Sanchez V, Tovar-Aguirre OL, Franco S. Perception about barriers and facilitators of the school-based HPV vaccine program of Manizales, Colombia: A qualitative study in school-enrolled girls and their parents. *Prev Med Reports*. 2019;16:100977.
52. Cordoba-Sanchez V, Lemos M, Tamayo-Lopera DA, Sheinfeld Gorin S. HPV-Vaccine hesitancy in Colombia: A mixed-methods study. *Vaccines*. 2022;10(8):1187.
53. Murillo R, Wiesner C, Cendales R, Piñeros M, Tovar S. Comprehensive evaluation of cervical cancer screening programs: The case of Colombia. *Salud Publica Mex*. 2011;53(6):469–477.
54. Garcés-Palacio IC, Sanchez GI, Baena Zapata A. Psychosocial impact of inclusion of HPV test on the management of women with atypical squamous cells of undetermined significance: A study within a randomised pragmatic trial in a middle-income country. *Psychol Health*. 2020;35(6):750–769.
55. Carcel C, Haupt S, Arnott C. A life-course approach to tackling noncommunicable diseases in women. *Nat Med*. 2024;30(1).