

Mujeres inmigrantes y tamizaje de cáncer cervical en un centro ginecológico privado de Quito - Ecuador

Immigrant women and cervical cancer screening in a private gynecology center in Quito - Ecuador

Guillermo Páez Coello¹, Marco Antonio Pino Bedón², Francisco Pérez Pazmiño³

Ginecología Oncológica, práctica privada en CLINICFEM (Centro Médico para la Salud de la Mujer), Profesor Agregado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito - Ecuador¹;

Salud Pública, Profesor Principal, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito - Ecuador²;

Patología Clínica, Profesor Principal, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito - Ecuador³.

Recibido: 14/09/2017 Aceptado: 20/10/2017

Resumen:

Objetivo: las mujeres inmigrantes enfrentan problemas para acceder a programas de salud, en relación al tamizaje del cáncer cervical y su prevención. Estudios demuestran que mientras más reciente es la migración (<10 años), es menos probable la realización de exámenes para detectar cáncer cervical. Se plantea la hipótesis de que las mujeres inmigrantes tendrán índices menores de tamizaje de lesiones cervicales causadas por el virus del papiloma humano (HPV) comparadas con las mujeres ecuatorianas.

Métodos: se realizó un estudio observacional en 113 mujeres de 17 a 55 años de edad: 56 mujeres inmigrantes/refugiadas y 57 mujeres ecuatorianas. Se usó citología cérvico-vaginal y una prueba de detección de ADN del HPV basada en Captura Híbrida II. Las participantes fueron reclutadas mediante selección no probabilística (desde mayo 2014 hasta junio 2015).

Las mujeres ecuatorianas fueron incluidas por solicitud voluntaria una vez que recibieron toda la información del proceso; mientras que las mujeres inmigrantes se incluyeron mediante información gráfica y entrevistas, lográndose alianzas entre organizaciones comunitarias dedicadas a ayudarlas y proveedores médicos privados.

Resultados: tanto las ecuatorianas (14.15%, n=16) como las inmigrantes (5.3%, n=6) que nunca se realizaron un examen de citología, presentan resultados positivos en el examen de ADN-HPV (alto o bajo riesgo).

Las ecuatorianas acceden a la citología cérvico-vaginal, independientemente de su edad, mientras que las mujeres inmigrantes menores de 30 años no han conseguido, hasta el momento del estudio, acceder a este servicio ($p < 0.05$).

Conclusiones: existe una diferencia significativa en los índices de tamizaje de cáncer cervical entre los grupos de inmigrantes /refugiadas y residentes, de acuerdo al lugar de nacimiento y la duración de su estadía en Ecuador.

Correspondencia: Dr. Guillermo Páez Coello
Teléfonos: (593) 0998201873
e-mail: cgpaez@puce.edu.ec

Palabras claves: cáncer cervical, tamizaje, inmigrantes, citología, pruebas moleculares.

Abstract:

Objective: immigrant women face health problems and challenges to access health care, no matter what destination country they choose. Regarding cervical cancer screening and prevention, migrant women access to a health care programme is an important issue. Some studies have shown that while migration is recent (under 10 years), is less likely to get cervical cancer examination services comparing with non-immigrant women. The hypothesis stated that immigrant women would have lower rates of screening and a higher prevalence of HPV related lesions, compared to those women from Ecuador.

Methods: a 12 months period study was performed including 113 women age 17 to 55, split into two groups: 56 migrant/refugee and 57 Ecuadorian residents, using cervical cytology and a DNA for HPV test based on hybrid capture II. Agreements between community organizations and private providers were reached to help the groups.

Results: both groups, Ecuadorian women (14.15%, n=16) and immigrant women (5.3%, n=6) that never had a Papanicolaou test, have HPV-DNA test positive for high and low risk types.

Ecuadorian residents have access to cervical cytology regardless their age, while immigrant/refugee women under 30 years have not access to the test, the difference is statistically significant.

Conclusions: there is a significant difference in screening levels for cervical cancer between immigrant/refugee women according to place of origin and duration of stay in Ecuador.

Key words: cervical cancer, screening, immigrants, cytology, molecular probes.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical es la segunda causa más común de muerte por cáncer entre las mujeres a nivel mundial, contándose aproximadamente 274.000 muertes por año^{1,2}. De los 500.000 casos nuevos estimados de cáncer cervical diagnosticados anualmente, el 80% ocurre en países en vías de desarrollo; los índices más altos los tiene África, Asia, América Central y del Sur^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}. Es también, el segundo tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres latinoamericanas del Caribe y Colombia entre 20 y 55 años de edad^{9,6}.

El virus del papiloma humano (HPV) ha sido detectado en el 99% de los casos de cáncer cervical y la infección por el virus es pre-requisito para desarrollar cáncer de cuello uterino^{1,2,3,7,9,10}. 70% de los casos de cáncer cervical se deben a los virus del papiloma humano de alto riesgo 16 y 18, y los datos a nivel mundial sugieren que los 8 tipos de HPV más comunes son: 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51 y 52 que contribuyen en más del 90% de casos en todas las regiones^{3,7,9}. Los programas de prevención que consideran las pruebas de tipificación del ADN del HPV han sido motivo de discusión en los países en desarrollo en los últimos años, debido principalmente a los costos^{6,11}. Importantes avances se han realizado en el tamizaje de cáncer cervical en las últimas dos décadas en el Ecuador; sin embargo, el cáncer de cuello uterino continúa causando alta morbilidad y mortalidad^{1,2,12}. Aunque hay datos de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en algunos grupos étnicos del Ecuador^{1,9,13,14}, muy poco se conoce acerca de

la incidencia de cáncer, displasia o prevalencia del HPV en poblaciones de inmigrantes/refugiadas en nuestro país. Esto es importante porque la literatura actual muestra que algunos grupos étnicos y raciales, así como el de mujeres inmigrantes/refugiadas, tienen una incidencia y mortalidad exageradamente altas de cáncer cervical asociadas con inadecuados y escasos programas de tamizaje^{1,2,3,4,5,6,7,8,15}.

Se ha podido documentar, de manera clara, que existen muchas barreras, principalmente socioculturales, que influyen negativamente en el tamizaje en estos grupos poblacionales a nivel mundial^{8,16,17,18,19,20}. Incluso, a algunos estudios han demostrado que aquellas mujeres que tienen un período corto de estadía en determinado país, diferente al de origen, son menos proclives a participar en programas, si comparamos con la participación de las residentes^{17,16,10}. Presentan una serie de desventajas relacionadas con barreras culturales, falta de cobertura por seguros de salud privados o públicos y falta de atención continua con seguimiento adecuado; disminuyendo aún más la realización de exámenes citológicos y limitando su conocimiento sobre las recomendaciones básicas de prevención y tratamiento.

Si logramos entender los factores que influyen en la práctica de pruebas de detección del cáncer cervical e identificar qué programas de tamizaje podrían ser las mejores opciones en diferentes grupos de mujeres, podríamos encontrar un camino efectivo para reducir las diferencias existentes entre estas poblaciones, protegiendo de mejor forma a las más vulnerables.

OBJETIVOS

El propósito de nuestro estudio fue determinar la frecuencia de citología anormal en dos grupos de mujeres: inmigrantes/refugiadas y ecuatorianas, a través de exámenes de Papanicolaou y detección del ADN del virus del papiloma humano mediante prueba de Captura Híbrida II; en mujeres provenientes de la zona del Caribe y de Colombia y que viven en la ciudad de Quito, Ecuador; estableciendo convenios entre organizaciones comunitarias y proveedores privados del campo de la salud.

MÉTODOS

El presente estudio es el resultado de un trabajo conjunto entre organizaciones comunitarias; Servicios de Salud para Inmigrantes, CLINICFEN (Organización Privada para la Salud de la Mujer), la Sociedad Ecuatoriana de Patología Cervical y Colposcopia - Núcleo Pichincha y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Antes de iniciar este estudio, los miembros de las organizaciones comunitarias y los investigadores se reunieron para desarrollar material informativo adecuado. Los voluntarios comunitarios fueron entrenados por los investigadores sobre los protocolos y específicamente, se incluyó información sobre las guías de tamizaje del cáncer cervical.

Todas las participantes recibieron material educativo impreso sobre las pruebas de citología cérvico-vaginal (CCV) y de detección del ADN viral. La información que se proporcionó

fue similar a la que actualmente se usa en los programas de prevención de la Sociedad Ecuatoriana de Patología Cervical y Colposcopia - Núcleo Pichincha, adaptándola al estudio en mujeres inmigrantes.

Siguiendo ciertos criterios de elección, el programa proporcionó en forma gratuita y subsidiada, consultas ginecológicas así como citología vaginal y pruebas moleculares de ADN viral. Los procedimientos, en el presente estudio, fueron aprobados y monitorizados por el Comité de Revisión Institucional de CLINICFEM.

Es un estudio observacional, con muestra no probabilística, por inscripción de participantes. Se completó un estudio en 2 grupos: 56 mujeres adultas en el grupo de inmigrantes/refugiadas y 57 en el grupo de mujeres ecuatorianas, diseñado para valorar los índices de tamizaje de cáncer cervical usando citología y detección del ADN del virus del papiloma a través de la prueba molecular de Captura Híbrida II durante un período de 12 meses, comprendido entre junio de 2014 y junio de 2015.

El reclutamiento de pacientes empezó en mayo de 2014 y se completó en junio de 2015. La selección de las pacientes fue realizada por los voluntarios comunitarios con la supervisión de los investigadores, a través de entrevistas y material impreso.

Antes de valorar la posible participación y obtener el consentimiento informado, se mantuvieron reuniones formales e informales de aproximadamente una hora en las instalaciones de CLINICFEM. Grupos de aproximadamente 5 a 10 mujeres asistieron a cada una de las sesiones, las cuales se centraron en proporcionar información acerca de las pruebas de detección del ADN viral, la citología cérvico vaginal (CCV) y los programas de detección temprana del cáncer cervical.

En este estudio participaron mujeres inmigrantes/refugiadas (I/R) de Haití (9), Cuba (19), Jamaica (3) y Colombia (25), de 20 a 55 años de edad, que han vivido en el Ecuador 10 años o menos y que no se han realizado citología cervical en los últimos 3 años; y mujeres de Ecuador que reportaron no haberse realizado citología en los últimos 3 años. Fueron excluidas del estudio aquellas mujeres que reportaron haber sido sometidas a histerectomía total, antecedentes de displasia cervical activa o cáncer cervical.

Prueba para detección viral de HPV

En el momento de realizar la toma estándar de la muestra de CCV, se tomó también la muestra para la prueba de detección del ADN viral a través de Captura Híbrida II en un laboratorio particular certificado por el Ministerio de Salud Pública. A todas las participantes se les proporcionó un número telefónico del programa, ante la posibilidad de cualquier inquietud o duda durante el estudio. Se les entregó, además, un documento explicativo acerca de su participación. Las muestras para CCV y detección de ADN viral se colocaron en contenedores apropiados y fueron enviados oportunamente al laboratorio privado.

Cuando los resultados de los exámenes de CCV y de las pruebas moleculares del ADN viral fueron reportados y archivados, se consideró como criterio para definir que el estudio había sido concluido por la paciente.

Encuestas:

Los datos básicos sobre condiciones socioeconómicas y de salud fueron recolectados a través de encuestas administradas por CLINICFEM.

RESULTADOS

Las características socioeconómicas fueron resumidas como promedios para variables continuas y porcentaje en cada categoría.

La información obtenida incluyó: edad, sexo, estado civil, necesidad de un intérprete, preferencia por un proveedor de salud en particular, antecedentes de embarazos, ingresos económicos, escolaridad (*Tablas 1 y 2*).

El análisis primario usó la edad (<30 años) y la condición de migración y fue comparado con el tamizaje a través de la citología realizada alguna vez en la vida.

Después de ajustar para estado migratorio, edad y resultado citológico, encontramos que el 26.78% (n=15) de las mujeres inmigrantes nunca se realizó una CCV en toda su vida, comparado con 8.77% (n=5) de las mujeres ecuatorianas; menores de 30 años. El país de origen de las mujeres migrantes que nunca se habían realizado una CCV fue: Haití (44%), Jamaica (33%) y Colombia (32%).

Las mujeres inmigrantes que se realizaron citología cervical y detección del ADN viral en este estudio (n=56), tenían entre 17 y 55 años de edad.

En el presente estudio, los resultados muestran que las mujeres ecuatorianas tienen similar acceso al examen de citología cérvico-vaginal, independientemente de su edad, mientras que las mujeres migrantes menores de 30 años no han conseguido hasta el momento del estudio acceder a este servicio y la diferencia es estadísticamente significativa. Esta diferencia en las mujeres migrantes no toma en consideración su país de origen (*Tabla 3*).

La frecuencia de citología anormal fue mayor en el grupo de inmigrantes 36.17% (17 de 47), mientras que en las mujeres refugiadas fue de 33.33% (3 de 9) y en las mujeres ecuatorianas 26.31% (15 de 57) (*Tabla 3*).

La edad promedio de las mujeres que presentaron citología anormal fue de 26 años. La frecuencia de ADN-HPV de alto riesgo fue de 17.85% (10 de 56) en mujeres inmigrantes/refugiadas y de 8.77% (5 de 57) mujeres ecuatorianas (*Tabla 4*).

Por otra parte, como se desprende de la *Tabla 4*, tanto las mujeres ecuatorianas (14.15%, n=16) como las mujeres migrantes (5.3%, n=6) que nunca se realizaron un examen de citología, presentan resultados positivos para el examen de ADN-HPV (alto o bajo riesgo).

Tabla 1. Características socioeconómicas (n=113)

Característica	Cuba (n=19)	Colombia (n=25)	Haiti (n=9)	Jamaica (n=3)	Ecuador (n=57)
Edad Promedio (DS)	(33)	(29)	(23)	(29)	(34)
Años en Ecuador, promedio (DS)	(4)	7	3	4	
Estado civil					
Soltera	(6)	(8)	(5)	(2)	(19)
Casada (Unión Libre)	(7)	(12)	(2)		(18)
Separada	(4)	(4)	(2)	(1)	(12)
Divorciada	(2)	(1)			(5)
Viuda					(3)
Educación					
No formal	(3)	(7)	(3)	(1)	(1)
Primaria	(1)	(8)	(2)	(1)	(6)
Secundaria incompleta	(3)	(9)	(3)	(1)	(3)
Secundaria completa	(8)	(1)	(1)		(38)
>Secundaria	(4)				(9)
Ingresos anuales (USD)					
< 5.000	(1)	(8)	(5)	(1)	(17)
5.000-10.000	(14)	(17)	(4)	(2)	(40)
10.000-15.000	(4)				
Lengua materna					
Español	(19)	(25)	(4)		(57)
Inglés				(3)	
Francés			(5)		

Tabla 2. Características de salud (n=113)

Característica	Cuba (n=19)	Colombia (n=25)	Haiti (n=9)	Jamaica (n=3)	Ecuador (n=57)
Último Pap Test	(%)				
2-5 años	10.5	4	0	33.3	44
5-10 años	47.4	28	33	33.3	35
> 10 años	31.6	36	22	0	10.5
Nunca	10.5	32	44	33.3	10.5
Médico de cabecera	(%)				
Sí	21	12	0	0	68
No	79	88	100	100	32

Cobertura de salud	(%)				
Sí	5	8	0	0	72
No	95	92	100	100	28
Tiempo desde el último examen médico	(%)				
< 2 años	5	16	11.5	0	30
> 2 años	84	36	22.5	67	65
Nunca	11	48	66	33	5
Dificultad para acceder a Atención Primaria de Salud	(%)				
Sí	84	76	100	100%	12
No	16	24	0	0%	88
Beneficio en el tamizaje para cáncer de cuello uterino	(%)				
En desacuerdo totalmente	5	32	44.5	0	0
En desacuerdo parcialmente	21	44	22	33	7
De acuerdo parcialmente	37	16	33.5	67	14
De acuerdo totalmente	37	8	0	0	79
Antecedentes de Cesárea	(%)				
Sí	16	4	0	0	21
No	84	96	100	100	79
Amigos/familia con los que habla acerca de los programas de tamizaje	(%)				
Sí	53	8	0	0	30
No	47	92	100	100	70
Familiares que han padecido cáncer de cuello uterino	(%)				
Sí	63	36	11	0	35
No	37	64	89	100	65
Ha dialogado sobre la vacuna contra el PVH con su médico	(%)				
Sí	26	4	11	0	49
No	74	96	89	100	51

Tabla 3. Relación entre condición migratoria, edad y citología (por lo menos una vez en la vida).

Condición de migrante y Edad menor a 30 años	Se ha realizado una citología cervico-vaginal		Total	OR*** (LI-LS)	CHI2* (p)
	Nunca	Alguna vez			
Edad Promedio (DS)					
Ecuatoriana					
Menores de 30 años**	5	24	29	5,6 (0,6-51,6)	* (0,19)
Mayores de 30 años	1	27	28		
Total	6	51	57		
Migrante					
Menores de 30 años**	15	17	32	20,3 (2,4-169)	* (0,0014)
Mayores de 30 años	1	23	24		
Total	16	40	56		
Total					
Menores de 30 años**	20	41	61	12,2 (2,7-55,3)	* <0,0001
Mayores de 30 años	2	50	52		
Total	22	91	113		

Fuente: CLINICFEM, Quito, 2016.

*Valores exactos de Fisher; **en función de las definiciones del MSP

***prevalencias

Tabla 3. Relación entre condición migratoria, edad y citología (por lo menos una vez en la vida).

Migrante	Resultado ADN PVH		Total	OR*** (LI-LS)	CHI2* (p)
	Anormal	Negativo			
Edad Promedio (DS)					
Migrante					
Citología Nunca	5	24	29	5,6 (0,6-51,6)	* (0,19)
cérvico-vaginal Alguna vez	1	27	28		
Total	6	51	57		
Migrante					
Citología Nunca	15	17	32	20,3 (2,4-169)	* (0,0014)
cérvico-vaginal Alguna vez	1	23	24		
Total	16	40	56		
Total					
Citología Nunca	20	41	61	12,2 (2,7-55,3)	* <0,0001
cérvico-vaginal Alguna vez	2	50	52		
Total	22	91	113		

Fuente: CLINICFEM, Quito, 2016.

*Valores exactos de Fisher; **prevalencias

DISCUSIÓN

Antes de establecerse en el Ecuador, sólo un muy pequeño porcentaje de mujeres refugiadas se habían realizado exámenes de detección oportuna del cáncer cervical. Como toda la población de refugiadas proviene de zonas de frontera, muy empobrecidas, entre Ecuador y Colombia, la citología y las pruebas moleculares de detección del HPV son escasas o inexistentes^{1,2}.

Al comparar lo que sucede con las mujeres ecuatorianas en la ciudad de Quito, en las que la tipificación del virus del papiloma es una prueba usada en conjunto con la citología en la práctica privada y el grupo de mujeres inmigrantes/refugiadas, se encuentra que este último grupo tiene 2 veces menos posibilidades de haberse realizado este tipo de pruebas^{15,14,21}.

Se identifica un índice de tamizaje del 7% en el grupo de inmigrantes/refugiadas versus 34% en el grupo de mujeres ecuatorianas. Los resultados se encuentran dentro de las expectativas cuando se investigan poblaciones de riesgo, como es el caso de mujeres en situación de migración, que suelen encontrar dificultades de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, el tamizaje de cáncer cervical fue menor en mujeres migrantes provenientes de China que viven en Nueva Zelanda comparado con el promedio nacional de Nueva Zelanda y también con el de mujeres de China que viven en Norteamérica²².

Adicionalmente, el estudio demuestra que aquellas mujeres que reportaron haber tenido una red de amigos y familiares con los que habían conversado habitualmente sobre los programas de tamizaje para cáncer cervical y más de 5 años de residencia en el Ecuador, participaron de forma más activa en dichos programas. Esta información justifica, más aún, la necesidad de un modelo basado en la comunidad, que involucre a familiares y amigos en los programas diseñados para incrementar los índices de tamizaje en la población inmigrante e implica que algunos aspectos de intervención pueden incrementar la posibilidad de que las mujeres que nunca se han realizado tamizaje se incluyan, con mayor entusiasmo, en los programas. Los hallazgos de este estudio son similares a aquellos de otros trabajos en los que se reporta que uno de los factores más importantes asociados con el tamizaje de cáncer cervical en el grupo I/R es la sugerencia de los amigos, seguido de un período de residencia prolongado^{16,18,20}. En Rotterdam encontraron que varios grupos de riesgo, que muestran baja cobertura de atención o un alto porcentaje de resultados de Paptest positivos, están agrupados en barrios y pueden ser identificados por su situación socioeconómica, estado civil y nacionalidad, algunas actividades para mejorar el acceso pueden ser focalizadas en esos barrios²².

Muchas mujeres provenientes de países latinoamericanos, en los cuáles los índices de cáncer cervical son similares o más altos que en el Ecuador, no son informadas adecuadamente sobre los programas de salud relacionados con el tamizaje y con la patología de cuello uterino. Dentro del grupo de mujeres que han inmigrado al país en los últimos años, aquel

proveniente de la zona del Caribe y de Colombia constituye una población importante que va aumentando. Una revisión de estudios publicados sobre tamizaje de cáncer en mujeres migrantes y en trabajadoras estacionales en los Estados Unidos señala que la subutilización de mamografías y Paptest en esta población puede provenir de su limitada información sobre la importancia del tamizaje de cáncer y de sus creencias culturales. Otras barreras incluyen: costos, falta de aseguramiento en salud, dificultades de transporte y cuidado de los niños. Es incierto el nivel de generalización que pueden tener resultados obtenidos en localizaciones seleccionadas, pero los resultados proporcionan importante información sobre posibles enfoques para incrementar el tamizaje de cáncer en mujeres migrantes²³. Algunos estudios han documentado muchos factores socioculturales que influyen en el tamizaje del cáncer cervical entre inmigrantes y otras minorías étnicas, comúnmente creencias de tipo mágico-religioso^{2,19,25}.

Un gran número de nuestras participantes no estaban afiliadas a ningún seguro de salud público o privado. Más del 80% no se habían realizado un examen médico general en los últimos 2 años. Un pequeño grupo reportó haber visitado regularmente al médico general y no haber tenido dificultad de encontrar ayuda en atención primaria.

Más del 60% de mujeres no consideraban estar en riesgo de desarrollar cáncer cervical y cerca del 60% no querían conocer las posibilidades de presentar cáncer. Esto apoya los hallazgos de estudios similares, lo que destaca la importancia de incrementar la concientización como fundamento de cualquier iniciativa de prevención de cáncer cervical entre las comunidades de inmigrantes^{22,16}.

De aquellas mujeres que creyeron fuertemente que no se encontraban en riesgo de padecer cáncer cervical, un 36% tuvieron resultados positivos para el virus del papiloma humano. Nuestro hallazgo es similar al de otros estudios que demuestran que muchas mujeres inmigrantes de países en desarrollo tienen actitudes fatalistas y poco conocimiento de los factores de riesgo para desarrollar cáncer cervical^{19,23}.

La fuerte creencia de que no están en riesgo de padecer una determinada enfermedad ha demostrado ser uno de los principales factores para que las personas en general y las mujeres en particular no hagan ningún esfuerzo por incluirse en los programas de tamizaje¹⁹.

La frecuencia con la cual las mujeres migrantes presentan infección por papilomavirus humano (HPV) ha sido estudiada en varios grupos humanos²⁹. Es importante recalcar que, aunque se dispone de pruebas moleculares que detectan el ADN viral, la dificultad de acceso por parte de las mujeres migrantes jóvenes, se relaciona con evidencia de transmisión del virus y progresión de la lesión hasta estadios que requieran tratamientos complejos. Este último aspecto podría ser modificado si se aplicaran estas pruebas conjuntamente con el examen citológico y en forma oportuna; y son una nueva alternativa para incrementar la detección temprana del cáncer cervical en mujeres que no accedan fácilmente a pruebas de

citología, principalmente aquellas pruebas de ADN viral que se pueden realizar en el domicilio por la propia paciente²⁴.

En la población de mujeres de nivel socioeconómico bajo y migrantes, se encontró una buena concordancia (93%) entre cepillado endocervical y muestras de hisopado vaginal recolectadas por las propias pacientes²⁸. Sin embargo, en algunos países en desarrollo los programas de prevención que consideran los exámenes de tipificación del ADN del HPV todavía son motivo de discusión, debido principalmente a los costos^{6,11}.

CONCLUSIONES

Las dificultades encontradas por el grupo de inmigrantes/refugiadas en relación con su salud deberían usarse como oportunidades para promover métodos alternativos de tamizaje de cáncer cervical dentro del escenario que vive el país.

Los resultados indican que en este grupo poblacional las mujeres de 30 años o más, tienen un riesgo aumentado de presentar displasia cervical, lo cual es concordante con la historia natural del virus y los datos a nivel mundial que sugieren que el 80 al 90% de los casos de cáncer cervical ocurren en mujeres mayores de 35 años^{1,10}.

Se debe desarrollar materiales adecuados sobre protocolos de prevención en instituciones privadas como CLINICFEM, dirigidos a grupos de inmigrantes/refugiadas (con el fin de contribuir a los esfuerzos de las instituciones de salud del Estado) para alcanzar las metas propuestas en este campo para fines del año 2020 que comprenden una cobertura del 90%²⁶.

Es prioritario fortalecer los programas de educación en salud, enfatizando en los factores socioculturales más importantes y las diferencias que afectan a los grupos de inmigrantes y otras minorías en el Ecuador, para garantizar una inclusión adecuada en los programas de prevención de cáncer cervical.

Agradecimientos

Este estudio fue auspiciado por CLINICFEM (Centro Privado para la Salud de la Mujer), la Sociedad Ecuatoriana de Patología Cervical y Colposcopia - Núcleo Pichincha y la colaboración de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Agradecemos de manera especial a las mujeres que, de forma voluntaria, participaron en este estudio y al personal de CLINICFEM, que ayudó en las entrevistas y reclutamiento, así como en el proceso administrativo.

Conflictos de interés: no se declara ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **World Health Organization.** Cervical Cancer Screening in Developing Countries: report of a WHO consultation. 2002.
2. **Parikh S BP.** Meta-Analysis of Social Inequality and the Risk of cervical Cancer. 2003;105:687-691. *Int J Cancer* 2003;105:687-691.
3. **World Health Organization.** Initiative for vaccine research: human papillomavirus. [Online]. Disponible en: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index3.html#diseaseburden.
4. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. [Online]. 2013 [cited 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195239/>.
5. **Organización Mundial de la Salud.** Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, 2da. ed. [Online]. 2015 [cited 2017]. Available from: http://www.rho.org/files/WHO_CC_control_sp_2014.pdf.
6. **Swaminathan R LESR.** Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America: database and attributes. *IARC Sci. Publ* 2011;162:23-31.
7. **de Sanjose S QWALGDKJLBea.** Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol* 2010;11(11):1048-1056.
8. **Lipson JG HTKSOPEF.** Health issues among Afghan women in California. *Health Care Women Int* 1995;16(4):279-286.
9. **Ferlay J HRSBFFDMCMPD.** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer* 2010;127(12):2893-2917.
10. **Dunne EF UESMMGSDPSML.** Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA* 2007;297(8):813-819.
11. **Sancho-Garnier H TCHPLFLRLDKea.** HPV self-sampling or the Pap-smear: a randomized study among cervical screening nonattenders from lower socioeconomic groups in France. *Int J Cancer* 2013;133(11):2681-2687.
12. **Pino MAAM.** Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador, 2006. *Revista Española de Patología* 2008;41(1).
13. **Tanca Campozano J ASC.** Incidencia del cáncer en Guayaquil 2003-2006. *Rev Oncol enero-junio*, 20(1).
14. **Páez C. KR,YN,MGAI,CF,SS,aYA.** Prevalence of HPV DNA in Cervical Lesions in Patients from Ecuador and Japan. *Tohoku J Exp Med* 1996;180(3):261-272.
15. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** 21. Protocolos con evidencia para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino. 2015. [Online]. [cited 2017 Feb. Disponible en: https://www.google.com.ec/l?sa=t&trct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwitpej551vTAhWGKyYKHdP4A0kQFggYMAA&url=https%3A%2F%2Faplicaciones.msp.gob.ec%2Fsalud%2Farchivosdigitales%2Fsigobito%2Fareas_seguimiento%2F1614%2Fprotocolos_cancer.
16. **Tsui J SMTTDAaRL.** *Journal of Women's Health.* Cervical Cancer Screening among Foreign-Born Women by Birthplace and Duration in the United States. 2007;16(10):1447-1457.
17. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *UNHCR Statistical Yearbook 2014, Demographic and Location Data.* [Online].; 2014 [cited 2017]. Available from: <http://www.unhcr.org/56655f4c16.html>.
18. **Swan J BNCRRBLN.** Progress in cancer screening practices in the United States: results from the 2000 National Health Interview Survey. *Cancer* 2003;97(6):1528-1540.
19. **Lazcano-Ponce EC CRABNPAdRPHAM.** Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *J. Womens Health* 1999;8(3):399-408.
20. **Ndukwe EG WKS.** Knowledge and perspectives of breast and cervical cancer screening among female African immigrants in the Washington D.C. metropolitan area. *J Cancer Educ* 2013;28(4):748-754.
21. **Carreras R XJCM.** *Virus del Papiloma Humano y Cáncer de Cuello Uterino*, 1ra. ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, Buenos Aires. 2007.
22. **Gao W1 PJDRLT.** Demographic predictors of cervical cancer screening in Chinese women in New Zealand. *N Z Med J* 2008;121(1277):8-17.
23. **Kreuger FA1 vOHNH.** Cervical cancer screening: spatial associations of outcome and risk factors in Rotterdam. *Public Health* 1999;113(3):111-115.
24. **Coughlin SS1 WK.** Breast and cervical cancer screening among migrant and seasonal farmworkers: a review. *Cancer Detect Prev* 2002;26(3):203-209.
25. **Levinson KL ACSJCEZJBSea.** The Peru Cervical Cancer Prevention Study (PERCAPS): the technology to make screening accessible. *Gynecol Oncol* 2013;129(2):318-323.
26. **Newell A SAHRBF.** Sexually transmitted diseases, cervical cytology and contraception in immigrants and refugees from the former Yugoslavia. *Venerology* 1998;11(1):25-27.
27. **Taylor RJ1 MHMSWG.** Cervical screening in migrants to Australia. *Aust N Z J Public Health* 2001;25(1):55-61.
28. **Nguyen-Truong CK LLFLMGDVNLWPea.** A community-based participatory research approach to understanding pap testing adherence among Vietnamese American immigrants. 2012;41:E26. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012;41(6):E26-40.
29. **Sankaranarayanan R BARR.** Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull. World Health Organ* 2001;79(10):954-962.
30. **Tornesello MLI CRDRNBLMAVGPSSVPRBF.** High prevalence of human papillomavirus infection in Eastern European and West African women immigrants in South Italy. *APMIS* 2011;119(10):701-709.
31. **Bansil P WSLJWJPPJJ.** Acceptability of self-collection sampling for HPV-DNA testing in low-resource settings: a mixed methods approach. *BMC Public Health* 2014;14:596.
32. **Tamalet C1 RHCXHMLLHPLFSGHPL.** Testing for human papillomavirus and measurement of viral load of HPV 16 and 18 in self-collected vaginal swabs of women who do not undergo cervical cytological screening in Southern France. *J Med Virol* 2010;82(8):1431-1437.
33. **Lewis M.** Análisis de la situación de cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. [Online]. 2004 [cited 2017 Jan. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>.
34. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America: database and attributes.* *IARC Sci Publ* 2011;162:23-31 [Online]. 2011 [cited 2017 Jan. Disponible en: http://lapr-lda.com/wp-content/uploads/2015/07/para_testes_0.pdf.
35. **Dzuba IG DEABLYLPESKea.** The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the pap test as alternatives in cervical cancer screening. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11(3):265-275.
36. **Coughlin SS WK.** Breast and cervical cancer screening among migrant and seasonal farmworkers: a review. *Cancer Detect Prev* 2002;26(3):203-209.
37. **Gao W1 PJDRLT.** Demographic predictors of cervical cancer screening in Chinese women in New Zealand. *N Z Med J* 2008;121(1277):8-17.