

El cáncer cervicouterino continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en mujeres a nivel mundial, con mayor impacto en países de ingresos medios y bajos. En Chile, se registran más de 1.500 casos anuales y cerca de 800 muertes, lo que evidencia brechas en el acceso al tamizaje y vacunación. Sin embargo, a diferencia de otros cánceres, es altamente prevenible, lo que posiciona su abordaje como una prioridad en salud pública.

El principal agente causal es el Virus del Papiloma Humano (VPH), responsable de cerca del 99 % de los casos, especialmente los genotipos 16 y 18. Aunque existen más de 200 genotipos, la mayoría de las infecciones son transitorias y eliminadas por el sistema inmune en 1 a 2 años. No obstante, la persistencia de genotipos de alto riesgo puede generar lesiones precancerosas y progresar a cáncer invasor.

Entre los factores de riesgo destacan el inicio precoz de la actividad sexual, múltiples parejas, uso inadecuado de preservativo, coinfecciones de transmisión sexual, multiparidad, tabaquismo e inmunosupresión. Estos factores favorecen la persistencia viral y la progresión de la enfermedad.

El cáncer cervicouterino tiene

El cáncer cervicouterino se puede prevenir: el desafío de actuar a tiempo

una evolución lenta, lo que permite una detección precoz mediante tamizaje o screening, es decir, prueba sencilla realizada las personas con útero o histerectomizadas para detectar alteraciones en las células del cuello uterino en etapas iniciales, antes de que aparezcan síntomas. Entre ellas encontramos, el examen de Papanicolaou (PAP) y el test

De VPH, este último permite identificar los genotipos de mayor riesgo.

En etapas avanzadas, la enfermedad puede manifestarse con sangrado vaginal anormal, flujo persistente o dolor pélvico. El tratamiento dependerá del estadio, desde procedimientos como conización en lesiones precoces, hasta cirugía, radioterapia o quimioterapia en casos avanzados. El pronóstico es favorable si se detecta a tiempo.

La vacunación contra el VPH representa uno de los mayores avances en su prevención. La primera vacuna fue introducida en el año 2006 en EE. UU. e incorporada en Chile en el año 2014, administrándose actual-

Carolina Muñoz Vega
 Colaboradora académica. Dpto de Obstetricia y Puericultura, UdeC.



mente la vacuna nonavalente. La evidencia más reciente respalda ampliamente su efectividad: estudios publicados en 2025 y 2026 muestran que EE. UU. redujo hasta un 27% el cáncer cervicouterino y más del 50% en zonas con alta cobertura y en Dinamarca disminuyó la prevalencia del VPH 16 y 18 de un 15 a 17% a menos del 1%, evidenciando inmunidad poblacional, especialmente cuando se administra antes del inicio de la actividad sexual.

No obstante, persisten desafíos como la desigualdad en el acceso al tamizaje y vacunación por barreras geográficas, así también sociales y culturales, particularmente en la población trans, quienes enfrentan mayo-

res dificultades para acceder a los servicios de salud debido a estigmas, discriminación y falta de enfoques inclusivos.

Las recomendaciones son: acudir al control ginecológico con matrona una vez al año en los centros de atención primaria o consulta privada, realizarse el PAP un año iniciado la actividad sexual y test VPH sobre los 30 años o en la frecuencia indicada por una profesional experta, vacunación en edades tempranas, uso de preservativo y estilos de vida saludables.

En este contexto, avanzar hacia la eliminación del cáncer cervicouterino requiere fortalecer la cobertura de vacunación, el acceso equitativo al tamizaje y el tratamiento oportuno.