

Tamizaje del cáncer de cuello de útero: presentación del número monográfico

— Sylvia C. Robles,¹ editora invitada —

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En la Región de las Américas se presentan cada año cerca de 68 000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino (1). Según datos obtenidos de los registros de cáncer, las tasas de incidencia más bajas corresponden a Canadá y Estados Unidos y las más altas a Perú y Uruguay (2). El cáncer de cuello de útero se puede curar si se detecta y trata de forma oportuna. Cuando ello sucede, disminuye la mortalidad en la población. Como indica el primer artículo del presente número, donde se describen las tendencias de la mortalidad en la Región en un período de 33 años, en América Latina no se ha logrado disminuir la mortalidad por cáncer de cuello de útero de manera significativa, mientras que en Canadá y Estados Unidos esta disminuye a razón de 5% al año.

La historia natural del cáncer de cuello de útero constituye un elemento importante para el diseño de programas de prevención y control efectivos en función de su costo (3). Anteriormente aquella se describía como una lenta progresión desde lesiones preinvasoras y displasias leves, moderadas y graves, hasta cáncer in situ y, finalmente, cáncer invasor. Ahora se acepta que la mayor parte de las displasias, o neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de bajo grado, regresan espontáneamente sin evolucionar hasta un cáncer (4) y, por lo tanto, no es necesario tratar a

todas las mujeres afectadas. Se considera que solamente las displasias de alto grado son lesiones precursoras verdaderas que pueden progresar hasta convertirse en cáncer cervicouterino. Las NIC son, en general, bastante frecuentes. Se presentan en 5,5% de las mujeres de 20 a 29 años de edad y en 2,6% de las mujeres de 50 a 59 años. Ha sido práctica común, en muchos países, tratar las NIC con técnicas invasoras, tales como la conización cervical y la histerectomía. En el artículo de Bishop se discute el tratamiento de las NIC y se revisan las técnicas recomendadas para su tratamiento ambulatorio.

Como resultado de investigaciones sobre la historia natural del cáncer de cuello uterino, en los últimos años se ha demostrado una fuerte asociación causal entre esta afección y sus lesiones precursoras, y algunos tipos de virus del papiloma humano (VPH). Sin embargo, no basta con que la mujer esté infectada por uno de estos virus, pues otros factores también se han asociado a este tumor maligno, entre ellos la nutrición inadecuada y pobre en vitaminas C y D, el uso de anticonceptivos orales y la multiparidad (5). En su artículo de revisión, Muñoz y Bosch confirman esta asociación causal y señalan sus implicaciones. Actualmente se están llevando a cabo investigaciones destinadas a desarrollar vacunas contra los VPH que en un futuro se pudieran incorporar a los programas de prevención y control, con fines profilácticos o terapéuticos.

Si bien el riesgo de desarrollar cáncer aumenta con la edad, las mujeres jóvenes se someten al Papanicolaou con más frecuencia, pues se aprovecha la oportunidad de una consulta prenatal o de planificación fa-

¹ Organización Panamericana de la Salud, División de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección postal: 525 Twenty-third Street N.W., Washington, DC 20037.

miliar (6). En varios países en que se ha estudiado la cobertura del examen de Papanicolaou, conocido también por citología cervical, se ha observado que la frecuencia con que las mujeres acuden a su cita disminuye conforme aumenta la edad y que muchas de las mujeres mayores de 50 años nunca en su vida se han sometido a una citología.

La cobertura de la población femenina constituye el primer eslabón en la organización de un programa. Por lo tanto, no es coincidencia que cuatro de los trabajos presentados en este número la examinen desde diferentes puntos de vista. Por un lado, se trata de identificar las características de las mujeres que acuden espontáneamente a tomarse una prueba de tamizaje en la población en general (estudios de Nascimento, et al., en mujeres de São Paulo, Brasil, y de Nájera, et al., en México, DF, y Oaxaca, México), o de las que se someten al tamizaje porque ya tienen acceso a cierto tipo de servicios (estudio de Klimovsky y Matos en Buenos Aires, Argentina); y por otro, de conocer el punto de vista de las

mujeres y los temores y apreciaciones subjetivas que les dificultan la búsqueda de servicios de citología (estudio de Lamadrid en Santiago, Chile).

EL ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS DE CITOLOGÍA

Si bien la organización de un programa de detección oportuna de por sí representa un problema médico e institucional de relativa complejidad, no es menos importante examinar el programa desde el punto de vista de las mujeres, pero primero es necesario reconocer que los diferentes grupos de población tienen diferente acceso a los servicios de salud y que las mujeres no se comportan como un grupo homogéneo. El trabajo de Corral, et al., en Ecuador investiga las diferencias en la frecuencia del cáncer del cuello de útero en relación con el nivel de escolaridad. Aun cuando el acceso a los servicios de citología también está condicionado por el grupo social al que se pertenece, existen algunas barreras comunes que se

En América Latina y el Caribe 25 000 mujeres mueren anualmente de cáncer cervicouterino

Los países de América Latina y el Caribe registran algunas de las tasas de incidencia más altas del mundo de cáncer cervicouterino, que es el cáncer de mujeres más común en la Región. En la mayor parte de los países, la mortalidad por este tipo de cáncer se ha mantenido estable en los últimos 30 años, mientras que en casi todos los países industrializados esta ha disminuido de forma sostenida durante el mismo período, gracias a su mayor capacidad para detectar y atender a los casos de dicha enfermedad.

Sesenta por ciento de los casos de cáncer cervicouterino invasor se presentan en mujeres entre los 35 y los 60 años de edad

El cáncer cervicouterino no es una enfermedad propia de la vejez, sino que ataca a mujeres maduras que están en plena vida productiva y que son, por ende, los pilares de la familia.

La mortalidad por cáncer cervicouterino es más elevada entre las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado

La ineficiencia de los programas y su bajo rendimiento son consecuencia de la práctica de someter a exámenes de tamizaje periódicos a mujeres jóvenes cuyo nivel de riesgo es bajo y que acuden a los consultorios de atención materna y de planificación familiar. Se pierde así la oportunidad de examinar a las mujeres que no solicitan estos servicios, quienes suelen buscar atención médica solamente cuando la enfermedad ya está en una etapa avanzada.

relacionan específicamente con cuestiones de género. En América Latina, es necesario promover este tipo de investigación en diferentes ámbitos culturales.

BENEFICIOS DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE DETECCIÓN OPORTUNA

El objetivo de un programa para la detección oportuna de cáncer del cuello de útero es reducir la mortalidad por esta causa. Su estrategia básica consiste en poner al alcance de la población femenina una prueba de tamizaje para identificar a las mujeres que podrían tener cáncer. Ello implica que una mujer con una prueba de Papanicolaou anormal debe ser sometida a procedimientos diagnósticos adicionales para descartar o confirmar la presencia de un tumor maligno o de una lesión de alto grado. Una vez que se determina el tipo de tratamiento necesario, es importante que esté disponible y al alcance de la mujer.

Las pruebas de tamizaje deben someterse a un estricto control de calidad, ya que cuando se producen resultados positivos falsos, la mujer es sometida a nuevas pruebas diagnósticas y, en ocasiones, a tratamientos innecesarios. Los resultados negativos falsos constituyen, por otro lado, uno de los problemas más difíciles para cualquier pro-

grama, pues la mujer adquiere una falsa sensación de seguridad que podría atrasar el diagnóstico y el tratamiento. Muchos servicios de salud solamente se comunican con la mujer cuando el resultado del Papanicolaou es positivo. Para fomentar la adherencia al programa es importante, sin embargo, notificar también a las mujeres con resultados negativos y advertirles que es imposible descartar por completo la posibilidad de que se presenten signos y síntomas de cáncer del cuello de útero antes de su próxima prueba (7). Dos artículos de este número abordan el tema de la calidad en el laboratorio de citología: el primero (Alonso y Lazcano) mide las variaciones interobservador entre citotecnólogos y el segundo (Weissbrod) examina el uso de un sistema automatizado para el control de la calidad.

Una de las dificultades que enfrenta un programa de detección oportuna es la alta notificación de frotis con cambios inflamatorios, particularmente entre mujeres en alto riesgo que acuden a clínicas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. La recomendación tradicional de tratar a este grupo con fungicidas, metronidazol, sulfas tóxicas o agentes acidificantes y de repetir el frotis posteriormente puede ser poco eficaz si, estas inflamaciones, como revela un estudio reciente, están relacionadas con infecciones por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria*

Los sentimientos y las apreciaciones subjetivas de las mujeres no se tienen en cuenta como parte integral de la atención, ni siquiera en situaciones tan difíciles como la comunicación de un diagnóstico de cáncer.

"Cuando a una le dicen que tiene cáncer, se pone toda nerviosa y aunque le expliquen rapidito, una no alcanza a oír". Dicen '¿Quiere hacer una pregunta?', y yo dije, 'No, está bien, entendí todo claro', pero no había entendido y estaba tan nerviosa que lo único que quería era irme". "Me dijeron lo que tenía, yo me volví llorando, cuadradas y cuadradas, como si se me hubiera muerto alguien: la gente me miraba a mí y a mi niña; yo iba mirando los árboles, como si nunca los hubiera mirado en mi vida; pensaba que mañana iba a estar muerta y ¿a quién le iba a dejar mis niños?". "Yo le quiero preguntar al médico y él ni siquiera me mira y dice 'salga para afuera'".

Fuente: Matamala MI, Berlagosky F, Salazar G, Núñez AL. Calidad de la atención desde un enfoque de género. En: Organización Panamericana de la Salud. *Mujer, salud y desarrollo*. Washington, DC: OPS; 1995.

gonorrhoeae (8). El control de las enfermedades de transmisión sexual obviamente guarda una estrecha relación con la prevención y control del cáncer de cuello uterino.

De todo lo antedicho se desprende que los programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino comprenden una serie de componentes, de los cuales la toma del Papanicolaou es solamente uno. Es necesario garantizar que todas las mujeres tengan acceso al tratamiento que necesiten, pues de lo contrario el programa tendrá serios problemas éticos. Puesto que el tamizaje abarca todo un proceso que incluye el procesamiento de la muestra en el laboratorio, bajo condiciones de control de calidad, así como el diagnóstico y el tratamiento, vale la pena destacar que su eficacia ha sido demostrada en varios estudios en que se han comparado los antecedentes de Papanicolaou de mujeres que tuvieron cáncer invasor con los de mujeres de la misma edad que no lo tuvieron. Los resultados de estos trabajos indican que las mujeres que no se hacen el Papanicolaou tienen un mayor riesgo de llegar a padecer un cáncer invasor que las que sí se lo hacen (9-14), lo cual confirma la eficacia de la detección oportuna. Aunque en este número no hemos incluido ningún trabajo sobre la evaluación de programas de tamizaje, hemos presentado los resúmenes de estudios de casos y controles en que se evalúa su eficacia. También incluimos algunos artículos seleccionados sobre las dificultades que plantean los métodos

que suelen utilizarse para evaluar los programas de detección oportuna.

Orientación del número

Los programas de prevención y control del cáncer del cuello de útero exigen la participación de numerosas entidades, entre ellas las organizaciones de mujeres, los servicios de salud, los gremios de profesionales que participan en los programas y los organismos no gubernamentales de lucha contra el cáncer. Es indispensable, para organizar un programa, convocar a todas estas entidades con el fin de llegar a un consenso sobre las estrategias más apropiadas para cada país y para los diferentes contextos sociales.

En este número monográfico del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* hemos querido representar la amplia gama de elementos que deben tenerse en cuenta durante la organización de un programa para la detección oportuna del cáncer de cuello de útero. Se presentan tanto los avances más recientes en las investigaciones sobre las causas de la enfermedad, como los factores sociales que explican su distribución y frecuencia. Asimismo, el presente número ofrece la oportunidad de difundir el trabajo que en este sentido se lleva a cabo en la Región de las Américas y de identificar vacíos y preguntas que aún no tienen respuesta, con el propósito de promover las actividades de investigación y evaluación.

Programas de detección oportuna del cáncer de cuello de útero: necesidades identificadas

- Aumentar la cobertura, superar las barreras que impiden llegar hasta las mujeres que están en peligro de contraer la enfermedad, y evitar el examen de tamizaje periódico en mujeres jóvenes en bajo riesgo;
- adoptar medidas de control y mejorar la calidad en los laboratorios de citología de toda la Región;
- evaluar las posibilidades de los servicios de salud de responder a la demanda futura generada por el programa de detección, ya que de lo contrario muchas mujeres, aun con resultados positivos en el Papanicolaou, no recibirían ni un diagnóstico ni un tratamiento.
- fortalecer las aptitudes técnicas del personal de salud del programa de tamizaje en las áreas administrativa y clínica.

REFERENCIAS

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993;54:594–606.
2. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *Cancer incidence in five continents, Volume VI*. Lyon: OMS; 1992. [Scientific Publication 120].
3. Miller AB. *Programas de detección del cáncer cervicouterino: directrices de gestión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
4. Ponten J, Adami HO, Bergstrom R, et al. Strategies for global control of cervical cancer. *Int J Cancer* 1995;60:1–26.
5. Herrero R, Brinton LA, Reeves UC, et al. Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1990;109:6–26.
6. Restrepo HE, González J, Roberts E, Litvak J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. *Bol Oficina Sanit Panam* 1987;102:578–592.
7. Hakama H. Screening for Cervical Cancer. En: Miller AB, ed. *Advances in cancer screening*. New York: Kluwer Academic Publishers; 1996. [Cancer Treatment and Research Series].
8. Eckert LO, Kautsky LA, Kiviat NB, Krone MR, Stevens CE, Eschenbacj DA. The inflammatory Papanicolaou smear: what does it mean? *Obstet Gynecol* 1995;86:360–366.
9. Clarke, EA, Anderson TW. Does screening by “pap” smear help prevent cervical cancer? A case-control study. *Lancet* 1979; 2:1.
10. Klassen AC, Celentano DD, Brookmeyer R. Variation in the duration of protection given by screening using the pap test for cervical cancer. *J Clin Epidemiol* 1989;42:1003–1011.
11. Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for cancer of the uterine cervix*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization; 1986.
12. Aristizabal N, Cuello C, Correa P, Collazos T, Haenzel W. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int J Cancer* 1984;34:35.
13. Herrero R, Brinton LA, Reeves W, Brenes MM, Britton RC, Gaitan E, Tenorio F. Screening for cervical cancer in Latin America. *Int J Epidemiol* 1992;21:1050–1056.
14. Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce EC, Alonso de Ruiz P, et al. Evaluación del Programa de Detección Oportuna del Cáncer del Cuello Uterino en la Ciudad de México: un estudio epidemiológico de casos y controles. *Gaceta Med Mexico* 1994;130:201–209.