

## Taller centroamericano sobre la detección del cáncer de cuello uterino<sup>1</sup>

Del 21 al 23 de noviembre de 1995 se celebró en el Centro de Investigación y Educación en Salud de Managua, Nicaragua, un taller sobre la detección del cáncer de cuello uterino que fue patrocinado por la OPS, la entidad Cancer Care International (Agencia Internacional de Atención en el Cáncer), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Canadá) y el Centro Colaborador de la OMS para la Evaluación de la Detección en el Cáncer, que está situado en Toronto, Canadá. Participaron representantes de todos los países centroamericanos (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), y también de Barbados, Canadá, Colombia, Estados Unidos de América, Haití, México, República Dominicana y San Vicente y las Granadinas.

Los objetivos del taller fueron los siguientes:

- discutir modelos económicos para la detección del cáncer cervicouterino en países de alta incidencia;
- llegar a un consenso sobre las pautas para la detección del cáncer cervicouterino en los países centroamericanos, de conformidad con los recursos de cada país;
- establecer un marco para la planificación de un proyecto de demostración (o un programa nacional, de ser factible) y delinear las medidas de planificación más importantes;
- identificar los aspectos sólidos y débiles en cada país con el fin de saber en qué áreas es factible llevar a cabo una cooperación técnica internacional.

Tras breves palabras de apertura y bienvenida a los participantes, varios expertos exploraron los aspectos más relevantes del problema del cáncer cervicouterino: su magnitud, particularmente las defunciones prematuras atribuibles a la enfermedad, que en 1990 ascendieron a 25 000; la poca prioridad que se otorga al problema en el marco de las políticas de salud de los países; y la infructífera concentración de las medidas de control en el tratamiento de pacientes, y no en la detección oportuna de la enfermedad. Los conferenciantes también hicieron hincapié en la necesidad de mejorar los programas de control, de evaluar mejor su factibilidad, de ampliar la búsqueda activa de mujeres para someterlas a la prueba de Papanicolaou y de fortalecer la organización y el liderazgo.

---

<sup>1</sup> El presente informe ha sido elaborado por Anthony B. Miller, de la Universidad de Toronto, Canadá, y Sylvia C. Robles, del Programa de Enfermedades No Transmisibles, OPS, Washington, DC, Estados Unidos de América.

Durante las sesiones plenarias que siguieron, expertos procedentes de todas las Américas hablaron sobre temas que posteriormente se abrieron a debate y presentaron informes sobre las actividades de los programas de control de cáncer cervicouterino en sus respectivos países. A continuación se resumen los temas tratados en cada sesión.

## **Causas e historia natural del cáncer cervicouterino y su efecto en los protocolos de detección**

Se presentó la información disponible sobre la historia natural del cáncer cervicouterino y su relación con la planificación de los programas de detección. Se discutió, asimismo, la actual tendencia a concentrar los recursos en la detección de los procesos que preceden al cáncer invasor, particularmente la displasia y el carcinoma in situ. No obstante, al planificar los métodos de detección es importante reconocer que la mayor parte de las lesiones detectables, en mujeres jóvenes especialmente, desaparecen sin ningún tratamiento.

Basándose en datos procedentes de varios estudios en Europa y América del Norte, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) calculó que el beneficio máximo aportado por el tamizaje anual de mujeres de 20 a 64 años de edad era una reducción de 93% de la incidencia de la enfermedad durante el ciclo de vida. Cuando la frecuencia de los exámenes se redujo a cada 3 años, el beneficio disminuyó ligeramente (a 91%), pero se ocupó solamente una tercera parte de los recursos. Un intervalo de 5 años entre pruebas de tamizaje redujo la incidencia en 84% y un intervalo de 3 años a partir de los 26 años de edad la redujo en 90%. Por consiguiente, la reducción porcentual de las tasas de incidencia de cáncer cervicouterino no cambia mucho si la frecuencia del examen se reduce y el trabajo se concentra en mujeres de mayor edad.<sup>2</sup> Se advirtió, sin embargo, que estos beneficios máximos solo se consiguen cuando en un programa determinado hay un alto porcentaje de acatamiento entre la población expuesta al riesgo, excelentes sistemas de información y buenos servicios de laboratorio. Ningún país del mundo ha alcanzado esta situación ideal. Los programas más eficaces se encuentran en los países escandinavos, con Finlandia a la cabeza, pese a que el programa organizado en este país ofrece pruebas de tamizaje con una periodicidad de 5 años solamente.

La mayor parte del beneficio se obtiene cuando las pruebas de detección se practican en mujeres de 35 años o más. Después de esta edad se produce un aumento de la incidencia de carcinoma invasor y en países en desarrollo esa es la edad precisamente en que las mujeres suelen abandonar los programas de detección oportuna porque salen del período en que acuden a los servicios médicos por problemas de tipo maternoinfantil. La dificultad radica en replanificar los programas de tamizaje a manera de evitar el examen excesivo de mujeres menores de 35 años y de asegurar que las que tienen más de 35 permanezcan en ellos y sean examinadas cada 3 a 5 años.

Surgió el interrogante de si la información sobre la historia natural del cáncer cervicouterino era aplicable o no a América Latina. Los estudios cuyos resultados indican que en la mayoría de las mujeres las lesiones de bajo grado

<sup>2</sup> Day NE. The epidemiological basis for evaluating different screening policies. En: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for cancer of the cervix uteri*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1986. (Publicación Científica del IARC, no. 76).

tienden a desaparecer sirven de base para recomendar que en mujeres jóvenes atendidas en los dispensarios de planificación familiar se reduzca la frecuencia de la prueba tamiz, que suele ser anual en los países latinoamericanos, y que se dé preferencia al tamizaje de mujeres de 35 a 59 años a intervalos más cortos. Se señaló que en Cali, Colombia, se obtuvieron datos compatibles con los de países desarrollados.

Se discutió, en relación con la recomendación citada, que el modelo empleado para demostrar el efecto de diferentes políticas de detección se basa en las premisas de que el examen de detección da pocos resultados negativos falsos y de que las mujeres con resultados anormales están dispuestas a someterse a los pasos subsiguientes de diagnóstico y tratamiento. Aunque no hay motivos para creer que la historia natural de la enfermedad sea distinta en mujeres de países desarrollados y en desarrollo, es posible que estas premisas no tengan la misma validez en diferentes medios.

## La infección por virus del papiloma humano y los programas de detección

Un experto de Costa Rica presentó la información más reciente sobre los virus del papiloma humano (VPH) en relación con la aparición del cáncer cervicouterino. De los distintos VPH, los que tienen la mayor actividad oncogénica son los tipos 16 y 18, como ha demostrado la detección de uno u otro, con técnicas modernas, en alrededor de 95% de los casos de carcinoma invasor de cuello uterino.

El experto presentó los resultados de un estudio realizado en la provincia de Guanacaste, en el noroeste de Costa Rica, con una muestra aleatoria de más de 9000 mujeres. Aunque las tasas de infección por VPH oscilaron entre un mínimo de 6% en mujeres de 50 a 64 años y un máximo de 24% en mujeres de 20 a 24, la frecuencia de lesiones fue mucho menor, como se indica en el cuadro 1. Estos resultados respaldan la creencia de que la mayor parte de las lesiones de bajo grado desaparecen con el tiempo, independientemente del estado de infección por VPH.

No se ha demostrado que las pruebas para la detección de infección por VPH mejoren la eficacia del tamizaje. Hoy en día son caras y solo si su costo se reduce podrían servir para evaluar tanto la posible progresión de las lesiones leves como el valor de identificar a las mujeres expuestas al riesgo con el fin de

**CUADRO 1. Frecuencia (en porcentajes) de lesiones cervicouterinas causadas por virus del papiloma humano en una muestra de mujeres costarricenses, por grupos de edad. Provincia de Guanacaste, Costa Rica**

Edad (en años)	Lesión intraepitelial en etapa temprana	Lesión intraepitelial en etapa avanzada
	%	%
18-24	4,5	1,2
25-34	2,5	1,6
35-44	2,0	1,4
45-54	0,8	1,0
55-64	0,4	0,4
65+	0,4	1,6

hacerles un tamizaje más exhaustivo. Con las pruebas disponibles en la actualidad es posible aumentar la remisión de casos para evaluación ulterior de 2 a 9% y la tasa de detección de casos de cáncer de 80 a 100%. Sin embargo, la carestía de esta estrategia precluye su uso generalizado.

El estudio efectuado en Costa Rica demostró que las lesiones graves por VPH suelen ser producidas por los tipos 16 y 18 y que las leves suelen deberse a otros tipos de menor actividad oncógena. Mientras se debatía el tema se señaló que es necesario investigar más a fondo el papel que desempeñan otros posibles factores de riesgo en mujeres infectadas por VPH, en vista de que la infección por estos virus no basta, por sí sola, para causar carcinoma de cuello uterino.

## Métodos de registro de pacientes con cáncer cervicouterino

Los registros de detección de casos de cáncer cervicouterino revisten gran importancia porque permiten monitorear la reducción de la incidencia y la mortalidad y porque pueden ser útiles para explicar por qué fracasan los programas de detección. No obstante, si los registros han de rendir su máxima utilidad, la notificación debe ser pronta y la búsqueda de casos lo más completa posible. Puede resultar fácil obtener información sobre los casos detectados por medio del tamizaje, pero también es importante incluir en el registro a todos los casos que no fueron detectados con él. Por lo tanto, los registros deben valerse de numerosas fuentes para la búsqueda de casos.

Las diversas tareas normalmente asociadas con el mantenimiento de un registro, incluidos el resumen de información y la creación de bases de datos, deben realizarse con procedimientos normalizados. Para lograr que los sistemas de información sobre el cáncer cervicouterino rindan su máxima utilidad, se debe procurar añadir información sobre el estadio de las lesiones y el tipo de tratamiento a los datos básicos necesarios para la identificación, diagnóstico y clasificación histológica de los tumores.

Durante el debate se confirmó que Costa Rica es el único país de Centroamérica que tiene un registro poblacional de cáncer de alcance nacional. Sus datos han sido incluidos en la obra *Cancer incidence in five continents*, publicada por el IARC, que exige que los datos se acompañen de índices de calidad. Aunque otros países han hecho lo posible por crear registros de cáncer, algunos se basan en los casos atendidos en hospitales y otros no se ciñen a las normas básicas de calidad.

Se estimó conveniente mantener un registro de cáncer de tipo poblacional dondequiera que se piense montar un programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. No obstante, esta meta está fuera del alcance de la mayor parte de los países en desarrollo debido a limitaciones presupuestarias y a la falta de estadísticas vitales y sanitarias. Además, un registro de cáncer debe haber estado en funcionamiento varios años antes de que sus datos puedan considerarse oportunos, completos y de calidad y, por tal motivo, en esos países es preciso buscar otros métodos de evaluación.

## La detección del cáncer cervicouterino en Centroamérica

Se dirigió la atención al estado actual de los programas de detección de cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe, particularmente en los

países de Centroamérica. La mortalidad por este tipo de cáncer parece haber aumentado en el período de 1975 a 1985 en todos los países centroamericanos y del Caribe, a excepción de Trinidad y Tabago, pero aun así los Ministerios de Salud no lo han declarado oficialmente un problema sanitario de prioridad nacional. Casi todos estos países han dado prioridad a los problemas de salud maternoinfantil y a las enfermedades infecciosas porque se pueden observar con más facilidad y tienen más relieve en la esfera política. Por añadidura, la organización de los servicios de salud ha sido orientada al tratamiento de las enfermedades transmisibles.

La introducción de un programa para la detección del cáncer cervicouterino exige analizar las relaciones funcionales dentro de los servicios de atención de la salud. Un programa de este tipo no se limita a la introducción de determinada tecnología en un servicio de atención primaria; más bien, requiere la participación de profesionales competentes en otros niveles de la atención sanitaria, tales como los laboratorios y servicios especializados de diagnóstico y tratamiento. La capacidad inadecuada de esos servicios de apoyo ha sido la causa principal del fracaso de muchos programas. Antes del taller se solicitó información sobre los servicios disponibles en cada país y esta se resume en el cuadro 2.

## La “reducción de grado” en la detección del cáncer cervicouterino

Se habló en extenso sobre la llamada “reducción de grado” (en inglés, *downstaging*), procedimiento experimental que la OMS está en proceso de evaluar en países sin recursos suficientes para extender a todo el territorio nacional la cobertura de los programas de citología del cuello de útero. Se trata de un examen destinado a detectar el cáncer en etapa temprana mediante la inspección visual rutinaria del cuello uterino por personal adiestrado, con lo que se elimina la necesidad de usar procedimientos de “tecnología avanzada”. Cabe señalar que la inspección visual es parte integral del examen en que normalmente se toma el frotis de Papanicolaou.

La evaluación de la información recibida de Suecia y de otros países desarrollados muestra claramente que los avances logrados en los conocimientos del público y de los profesionales sobre el cáncer cervicouterino desde comienzos de los años veinte, junto con la provisión de instalaciones para su tratamiento, culminaron en esos países en un gran número de exámenes oportunos aun antes de haberse introducido la citología exfoliativa de cuello uterino. En las Filipinas, Zimbabwe y posiblemente Porto Alegre, Brasil, se están poniendo en marcha varios proyectos cuyo objeto es comparar la citología del cuello de útero con el examen visual rutinario. Mientras tanto, la aplicación de este último método, acompañada de programas de educación pública cuidadosamente formulados, se puede contemplar en zonas de América Latina donde actualmente no es posible ofrecer servicios de citología de cuello uterino.

## Aspectos de laboratorio en la detección del cáncer cervicouterino

Se discutieron los procedimientos usados para el control de calidad de la citología exfoliativa de cuello de útero, aplicables a la preparación, examen, detección, interpretación y notificación de resultados. Este proceso es piedra angular de todo el programa para la detección del cáncer cervicouterino. Se recalcó la im-

**CUADRO 2. Características de las instalaciones para la detección del cáncer cervicouterino (CCU) en distintos países centroamericanos y caribeños, 1994**

Característica	País							
	Barbados	Costa Rica	Guatemala	El Salvador	Honduras	Panamá	República Dominicana	San Vicente y las Granadinas
Mujeres de 30 a 64 años (No.)	55 850	429 534	998 364	751 441	526 935	342 050	874 377	14 700
Incidencia de CCU invasor (× 10 <sup>5</sup> mujeres)	23,0	27,9	29,5	24,5	5,8	31,4	13,0	25,5
Personal que hace los frotis	Médico	Médico, enfermera	Médico, enfermera	Médico, enfermera, auxiliar	Enfermera	Médico, enfermera, auxiliar	Médico, enfermera, citólogo	Partera
Laboratorios de citología (No.)	5	10	6	6	4	10	39	
Frotis anuales (No.)	26 280	250 000	231 399	176 288	71 098	246 820	169 709	5 029
Citotecnólogos de tiempo completo (8 h diarias) (No.)	8	40	29*	13	16	36	ND†	3
Instalaciones de colposcopia (No.)	5	8	30	3,5	5	25	ND	0
Disponibilidad del tratamiento								
Crioterapia	Sí	Sí	Sí	ND	No	Sí	Sí	Sí
Láser	No	No	No	ND	Sí	No	Sí	No
Electrocirugía	Sí	Sí	Sí	ND	Sí	Sí	Sí	No
Cauterización	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Histerectomía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Radioterapia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Tecnólogos (No.)	2	19	10	8	1	18	6	3

\* Representa el número de patólogos, ya que no hay citotecnólogos en el país.

† ND = no hay datos disponibles.

portancia de rotular correctamente las laminillas, de usar técnicas apropiadas para tomar, fijar y teñir los frotis y de notificar los resultados con precisión y prontitud.

Al tomar los frotis de cuello uterino es importante obtener muestras de la parte adecuada (es decir, de la zona de transición) y usar el instrumento más apropiado para la edad de la mujer. El material obtenido debe esparcirse en una capa delgada sobre una laminilla y fijarse de inmediato con etanol al 50% por 30 minutos o con un aerosol. Si el procedimiento se realiza correctamente, el tiempo que demora enviar las laminillas al laboratorio carece de importancia crítica. Es muy factible, por lo tanto, que un país utilice un laboratorio central para mandar a examinar los frotis de Papanicolaou.

Una vez que la laminilla llega al laboratorio, se le abre un registro a la paciente y se averigua si en esa instalación ya se han analizado frotis de la misma persona anteriormente. La tinción puede ser manual o automatizada. El examen de la laminilla por un citotecnólogo bien entrenado demora solo de 5 a 10 minutos. Alrededor de 85 a 90% de las laminillas saldrán normales y no necesitarán exámenes adicionales. En general, se puede esperar que 3% de las laminillas muestren displasias leves o más avanzadas y que menos de 1% tengan displasias moderadas o graves.

En Ontario, el Programa Provincial de Análisis de Laboratorio reveló que el desempeño de los laboratorios pequeños era deficiente y, por lo tanto, se está considerando y estudiando la posibilidad de emplear en ellos el examen automatizado. Dada su carestía, no hay garantía de que sea útil en la mayor parte de los países en desarrollo.

## **Tratamiento y seguimiento de las anomalías detectadas con el Papanicolaou**

Varios métodos de diagnóstico y tratamiento de lesiones de cuello uterino fueron discutidos. Primero se describieron las distintas opciones para el tratamiento ambulatorio de la neoplasia cervical intraepitelial (displasia), que se resumen en el cuadro 3, y posteriormente se discutió el enfoque de "búsqueda y tratamiento". Este incluiría, en una sola consulta, el frotis de Papanicolaou; la inspección visual con la aplicación de ácido acético para identificar zonas de descoloración producidas por el ácido; la biopsia de estas zonas y la crioterapia. Se propuso concentrar estos métodos en los grupos de mujeres en alto riesgo. Entre sus inconvenientes figuran los costos de capital y la menor precisión del tratamiento, que podría hasta resultar innecesario. Es preciso evaluar la eficacia y el costo antes de promover el uso generalizado de esta práctica.

## **Búsqueda y participación de mujeres en programas de detección**

La búsqueda de mujeres para su inclusión en los programas de detección de cáncer de cuello uterino en América Latina por lo general se hace por conveniencia y consiste en tomarles frotis a las mujeres que acuden a los dispensarios de planificación familiar o que solicitan un examen médico. Por ende, las mujeres con mayores probabilidades de ser incluidas son las que están en plena vida reproductiva. En cambio, los programas organizados habitualmente estable-

### CUADRO 3. Tratamientos ambulatorios disponibles para la neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC)

Característica	Métodos de ablación*			Electrocirugía con electrodos de circuito cerrado
	Crioterapia†	Criocoagulación	Electrocauterización	
Efectividad Posibles efectos secundarios	79 a 90% de las NIC III Flujo acuoso por 2 semanas, riesgo de infección, zona de transición retraída	92% de las NIC III Sangrado, dolor, calambres uterinos, flujo vaginal	85 a 89% de las NIC III Calambres uterinos, dolor, sangrado, estenosis cervical, zona de transición retraída	90 a 95% de las NIC III Sangrado, riesgo de infección
Adiestramiento necesario Anestesia necesaria	Poco Ninguna, aunque algunas mujeres prefieren la anestesia local	Poco Ninguna, aunque algunas mujeres prefieren la anestesia local	Moderado Ninguna	Moderado a extenso Anestesia local
Materiales necesarios	Refrigerante (nitrógeno o dióxido de carbono líquido), anestesia local, agujas, jeringas, solución de Lugol	Jeringas, anestesia local, solución de Lugol	Electrodos esféricos y de retorno, agujas, jeringas, anestesia local, solución de Lugol	Agujas, jeringas, anestesia local, electrodos esféricos y de circuito cerrado, electrodos de retorno, equipo de sutura, solución de Lugol, vasoconstrictores, pasta Monsel
Instrumental necesario	Equipo de crioterapia, criosondas, colposcopio o aparato de bajo aumento, espéculo, mesa de examen, fuente de luz	Generador electroquirúrgico (criocoagulador de Samm), colposcopio o aparato de bajo aumento, espéculo, mesa de examen	Generador electroquirúrgico espéculo no conductor, colposcopio o aparato de bajo aumento, espéculo, mesa de examen, fuente de luz	Generador electroquirúrgico, colposcopio o aparato de bajo aumento, espéculo no conductor, extractor de humo
Personal necesario	Médicos, enfermeras o asistentes de parto, o enfermeras auxiliares	Médicos, enfermeras o asistentes de parto, o enfermeras auxiliares	Médicos, enfermeras o asistentes de parto, o enfermeras auxiliares	Médicos
Infraestructura necesaria	Registros, asesoramiento, seguimiento, fuente segura de refrigerante	Fuente de energía, registros, asesoramiento, seguimiento	Fuente de energía, registros, asesoramiento, seguimiento	Fuente de energía, registros, asesoramiento, seguimiento
Costos	Costo inicial: US\$ 1000 a 3000; pocos costos recurrentes	Costo inicial: US\$ 1000 a 2000; pocos costos recurrentes	Costo inicial: US\$ 1000 a 2000	Costo inicial: US\$ 4000 a 6000; US\$ 15 a 60 por circuito

Fuente: Program for Appropriate Technology in Health. *Cervical dysplasia treatment in developing countries: a situation analysis.* Washington, DC: PATH; 1985

\* En este cuadro no se describen otros métodos, tales como la vaporización con rayos láser, porque son poco apropiados para ambientes de escasos recursos debido a su carestía y a la necesidad de equipo y personal técnico.

† Es el único método que no requiere electricidad.

cen mecanismos orientados a invitar a participar a grupos específicos y a animar a las mujeres a acudir a los dispensarios.

La educación del público y del personal de salud debe integrarse al programa. Para que aquella sea eficaz, es preciso tener en cuenta la cultura local, la conducta social y la actitud de cada individuo. Se discutieron varios métodos para poner en práctica el componente educativo y se subrayó la importancia de evaluar el proceso de búsqueda y la cobertura.

También se discutieron los métodos adoptados en Honduras, donde el Ministerio de Salud se esfuerza por asegurar el máximo acceso a los servicios de salud para mujeres. En su empeño por establecer un programa de detección organizado, ha propuesto un modelo en que las organizaciones no gubernamentales (ONG) son las responsables del reclutamiento de mujeres para el proyecto. El primer paso consiste en investigar lo que entienden las mujeres por cáncer cervicouterino en su medio social. Se espera que la investigación dé origen a una base de datos que sirva para fomentar la participación y que ayude a establecer un programa educativo apropiado, orientado a cuestiones de género y salud. El segundo paso consiste en trabajar con grupos organizados en la comunidad con el fin de crear un programa educativo y de mejorar la capacidad administrativa. Es de esperar que la participación de las ONG mejore la credibilidad del programa y ayude a restituir la confianza de las mujeres en los servicios de salud. El personal de salud también se debe unir al proceso educativo.

Se señalaron algunos problemas que afronta el programa nacional de detección y control del cáncer cervicouterino iniciado en Colombia en 1990, cuyos objetivos fueron aumentar a 90% la cobertura de la citología exfoliativa, asegurar la continuidad entre el examen, el diagnóstico y el tratamiento; y reducir la mortalidad en 20%, como mínimo. Las unidades de detección tienen su sede en hospitales locales y los servicios de laboratorio están centralizados. Se aspira a repetir la prueba tamiz cada 3 años en mujeres que han tenido dos frotis negativos en un espacio mínimo de un año. En la actualidad se están estableciendo registros de citología y dispensarios de colposcopia, se están haciendo cumplir las normas de calidad en los laboratorios de citología y se procura coordinar, en un plano oficial, la citología exfoliativa y las biopsias.

La investigación ha permitido identificar varias actitudes que llevan a las mujeres a no querer usar los servicios de tamizaje: creen que la ausencia de dolor significa que están sanas; que las necesidades de atención de salud de los niños y otras personas de la familia son más importantes que las suyas, y que la citología exfoliativa de cuello uterino es pecaminosa y se dirige principalmente a prostitutas. Su actitud hacia el cáncer puede ser fatalista porque muchas no comprenden que la enfermedad invasora se puede prevenir. Otras no tienen tiempo para acudir a los servicios de salud y consideran que el examen ginecológico es humillante y doloroso.

Se ha ideado un programa educativo destinado a ampliar la búsqueda de mujeres, teniendo en cuenta la diversidad cultural de la población. Sin embargo, todavía no se ha observado una reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino, lo cual podría indicar que no se ha captado a los grupos sociales en mayor riesgo. Persiste, además, el problema de la escasez de laboratorios de patología para la lectura de los frotis adicionales. También se añadió que es posible que hayan aumentado los factores de riesgo de la enfermedad y se puso énfasis en la necesidad de establecer programas organizados para garantizar que las mujeres en alto riesgo participen en el tamizaje.

## Los programas organizados, la importancia de los sistemas de información y la reducción de grado en el cáncer cervicouterino

La función de los programas organizados de citología de cuello uterino y el lugar que en ellos ocupan los sistemas de información fueron objetos de discusión. Las tareas de estos programas organizados, que se orientan a la creación de mecanismos para extender al máximo la cobertura y evitar gastos excesivos, deben ser las siguientes:

- identificar a cada una de las mujeres que constituyen la población destinataria;
- establecer medidas para garantizar una alta cobertura y una buena asistencia, como el envío de cartas de invitación personales;
- proveer instalaciones de campo adecuadas para la toma de frotis y buenos laboratorios donde se puedan procesar;
- establecer un programa organizado para controlar la calidad de la toma de muestras y su interpretación;
- asegurar la existencia de instalaciones adecuadas para el diagnóstico y tratamiento apropiado de lesiones neoplásicas confirmadas;
- crear un sistema de referencia cuidadosamente formulado y establecido de común acuerdo para manejar cualquier anomalía detectada y proporcionar información sobre las pruebas de detección normales;
- organizar la evaluación y el monitoreo del programa en su totalidad.

Los sistemas de información para programas organizados de citología cervicouterina deben cumplir con las siguientes funciones:

- disponer de datos sobre cada integrante de la población destinataria;
- asegurar el envío de cartas a cada mujer que forme parte de la población destinataria con el fin de recordarle que acuda al examen cuando llegue a la edad indicada, que se examine a los intervalos recomendados y que consulte al médico si se detecta alguna anomalía;
- cerciorarse de que la mujer y su médico tomen las medidas necesarias en caso de detectarse una anomalía citológica;
- proporcionar el seguimiento a largo plazo de las pacientes que han sido tratadas tras haberseles diagnosticado una anomalía cervicouterina;
- vincular los resultados de los distintos exámenes que se le han hecho a una misma persona;
- informar al médico (si es nuevo) sobre los exámenes de tamizaje que ha tenido previamente su paciente;
- acopiar datos para facilitar la evaluación de la eficiencia con que funcionan los sistemas de control de la calidad en los laboratorios;
- permitir la evaluación y vigilancia de todo el sistema;
- permitir la comparación de datos entre distintos países y dentro de un mismo país.

### Los programas nacionales

**Nicaragua.** En un país con una población de un poco más de 4 millones de habitantes, la mayor parte de los exámenes de citología de cuello uterino se hacen

en dos centros localizados en Managua y León. En el hospital central de Managua cada año se realizan alrededor de 22 500 frotis de Papanicolaou y se diagnostican 400 casos de cáncer cervicouterino. En León, donde la población es de 500 000 habitantes, anualmente se efectúan 16 000 frotis y se diagnostican en promedio 73 casos de cáncer invasor. En ambos centros, pocas mujeres con un diagnóstico de cáncer invasor se habían sometido a citología de cuello uterino. En Nicaragua cada año se presentan de 500 a 1000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, pero no hay registros de cáncer. Entre las mujeres atendidas en los centros de salud se encontró una tasa de cobertura con citología de 50%, pero esta se redujo cuando se empezó a cobrar por los frotis. En el país en general, la toma de frotis de Papanicolaou es desorganizada y repetitiva.

La pobreza constituye una barrera para el tamizaje, especialmente en las zonas rurales, y la poca frecuencia con que se aplica a las mujeres de edad avanzada también plantea un problema. Este quizá se pueda solucionar si se logra que las mujeres jóvenes lleven a su madre y a otras parientes de edad avanzada a hacerse el Papanicolaou.

Se propuso el establecimiento de un proyecto piloto de tipo comunitario que se ha de concentrar en la aplicación de un nuevo método de rotación de las localidades en los alrededores de Managua. Con esta medida se cubrirá gradualmente a la población en un período de 5 años, procurándose ofrecer la máxima cobertura a las mujeres de 35 a 64 años de edad.

**Panamá.** Las actividades de detección en Panamá, que se realizan principalmente en los dispensarios de salud materno-infantil, cada año cubren apenas a 25% de las mujeres mayores de 24 años. Aunque los médicos han señalado que también se diagnostican casos de cáncer en mujeres menores de 25 años, es indispensable reorientar las actividades de detección para cubrir a la población en mayor riesgo, es decir, a las mujeres de 30 a 65 años de edad, y adquirir recursos para lograr un mayor grado de concienciación en torno a esta necesidad. El método habitual consiste en hacer un examen anual hasta obtener resultados negativos en un mínimo de tres frotis, y exámenes cada 2 años de ahí en adelante. Se determinó, sin embargo, que ello representaba una utilización excesiva de recursos para beneficio de muy pocas mujeres. Por ende, es imprescindible educar al público y a los profesionales a fin de vencer la resistencia a hacer las pruebas con menos frecuencia, y velar por la cobertura del grupo de mayor edad.

**Haití.** Haití no tiene una política nacional para la detección del cáncer de cuello uterino. Este país de 7 millones de habitantes tiene solo siete citólogos en el sector privado y uno en el sector público, pero dispone de personal médico para los exámenes y la colposcopia. Se cree que habría poca resistencia cultural a programas de citología de cuello uterino y que las mujeres tendrían interés en participar, e incluso se podría fomentar su participación por la radio. Entre los obstáculos se mencionaron la alta prevalencia de otros problemas de salud (particularmente de tipo infeccioso) y su prioridad en términos de atención, así como la falta de fondos y la escasez de laboratorios de diagnóstico. No hay comunicación ni colaboración interinstitucional y los servicios de radioterapia del Instituto Nacional de Cáncer han dejado de funcionar.

Se recomendó divulgar información sobre la presente reunión con objeto de conseguir colaboración, por medio del Ministerio de Salud, para un

proyecto limitado que se lleva a cabo en una de las provincias y que presuntamente se destina a las mujeres de 35 años o más. Falta preparar el anteproyecto.

**República Dominicana.** La cobertura estimada de la citología de cuello uterino fue de 35% en 1992, 53% en 1993 y 61% en 1994 y su nivel más bajo se encuentra en los grupos de edad avanzada. Aunque se está en proceso de crear un modelo de detección, no hay control de calidad de la citología de cuello uterino ni ningún sistema de información, ni tampoco se tiene acceso a computadoras (los registros se llevan a mano).

No existe un registro de cáncer y los datos de morbilidad son limitados. Sin embargo, hay algunos dispensarios y laboratorios con infraestructura adecuada y es factible establecer un programa en Santo Domingo. Para ello habría que adiestrar a personal de salud y se podría incorporar a las parteras tradicionales al programa nacional. Se ha propuesto reclutar a las mujeres de 35 a 50 años, con el fin de hacerles el tamizaje, en las cuatro divisiones del sistema de atención de salud: la seguridad social, las fuerzas armadas, las ONG y el sector privado. En la actualidad, las mujeres participan en el tamizaje en edad reproductiva y es necesario extender la cobertura a las de edad más avanzada. El plan propuesto consistiría en realizar la citología cervicouterina cada 3 años.

**Guatemala.** Guatemala es un país eminentemente rural con unas 20 000 aldeas de difícil acceso. Entre su población indígena hay una fuerte resistencia a la prueba de Papanicolaou. Aunque se cree que la incidencia de cáncer cervicouterino en este grupo es baja, hay una gran carencia de certificaciones médicas sobre las causas de defunción.

Hasta hace poco, las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura provenían exclusivamente de instituciones locales. Después de un análisis de recursos, sin embargo, se preparó un plan para un programa nacional de control y prevención del cáncer cervicouterino que empezó con un proyecto piloto coordinado por el Ministerio de Salud. El proyecto se destina a informar y educar a la población sobre la detección del cáncer del cuello de útero, a ampliar la cobertura de la población, a regular la calidad de las pruebas y a establecer parámetros estandarizados. El objetivo inicial es cubrir a aproximadamente 120 000 mujeres de 35 a 50 años de edad en la parte sur del país, donde la población total llega a unos 3 millones de habitantes y donde los recursos son escasos. Se espera que haya una coordinación infraestructural entre esa zona y la zona metropolitana de la capital, así como una amplia colaboración entre el Ministerio de Salud y otras entidades, incluso en la provisión de recursos. La norma actual en Guatemala es hacer la prueba tamiz una vez al año, pero se hará lo posible por cambiarla de modo que la prueba se efectúe cada 3 años.

**Honduras.** Entre los graves problemas que deben superarse en la población de mujeres destinatarias de 35 a 50 años de edad figuran las barreras culturales y sociales que obstaculizan la toma del Papanicolaou. Para combatir este problema, la estrategia debe consistir en proveer a la mujer de más información. Se piensa solicitar la ayuda de las ONG y de las organizaciones femeninas en algunas comunidades para identificar a las mujeres que deben ser examinadas. Asimismo, se adiestrará a personal de salud principal y auxiliar en la toma de frotis. La escasez de equipo podría plantear un problema y es preciso instituir un sistema de

administración de suministros. La interpretación de los resultados de los frotis se puede efectuar en dos laboratorios nacionales y también existe la capacidad necesaria para realizar biopsias dirigidas; colposcopia en ocho hospitales; conización e hysterectomías en todos los hospitales, y cirugía radical en uno. Un centro nacional presta servicios de radioterapia. Se necesitaría el apoyo del Estado para fortalecer los laboratorios e introducir programas normalizados de control de la calidad. También se preparará una propuesta para ejecutar un proyecto de demostración y fortalecer la capacidad nacional en la realización de colposcopias.

**San Vicente y las Granadinas.** Desde que comenzó el Proyecto para el Control del Cáncer Cervicouterino en el Caribe en 1990 (véase la p. 603), la práctica del frotis de Papanicolaou ha aumentado en la población destinataria de mujeres de 25 a 79 años. Las enfermeras de los dispensarios han sido adiestradas en la toma del frotis y tres médicos han recibido instrucción en la práctica de colposcopias. Se cuenta con tres citotecnólogos, pero no hay ningún patólogo residente. Hay inquietud por el control de la calidad y por el hecho de que las pacientes que necesitan radioterapia tienen un largo período de espera y deben viajar a Barbados.

Ahora que la infraestructura ya está instalada casi en su totalidad, el reto consiste en motivar a las mujeres en riesgo a someterse al frotis. Se insistirá en que lo hagan durante el mes de su cumpleaños y en que las enfermeras de distrito siempre tomen un frotis cuando examinen a una mujer (aunque sea por hipertensión o diabetes) que no se haya sometido a pruebas de detección.

## Discusión

Se hizo hincapié, con referencia a todos los países, en la importancia de la educación y de acudir a las mujeres más jóvenes para que traigan a los servicios a las de edad más avanzada. También se decidió que al principio se debe procurar tomar un frotis a todas las mujeres en riesgo, a fin de volver a examinarlas al cabo de 5 o 6 años. Para asegurar la periodicidad de los exámenes se necesita un sistema de información vinculado a los registros de laboratorio y tratamiento.

## Conclusiones del taller

Las personas que participaron en el taller coincidieron en reconocer que es de máxima prioridad ofrecer educación sobre el cáncer, particularmente de tipo cervicouterino, a las mujeres y a los profesionales de atención de la salud. Determinaron, además, que es preciso establecer en cada país programas o proyectos de demostración, usando los recursos disponibles con máxima eficiencia, con el fin de llegar a tener un programa nacional a la mayor brevedad posible. Estos proyectos de demostración permitirán que los países detecten las deficiencias que deben ser afrontadas en un programa nacional. La puesta en práctica de las políticas de tamizaje debe acoplarse a las características particulares de cada país, especialmente en el nivel de la atención primaria.

En general, la mayoría de las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en plena edad reproductiva, cuando acuden a ellos por razones de planificación familiar o atención prenatal o infantil. Sin embargo, estos contactos no son útiles a la hora de hacerles la citología del cuello uterino a mujeres mayo-

res. Los profesionales deben aprovechar todas las oportunidades que tengan de identificar a mujeres en alto riesgo de cáncer invasor. Es preciso conseguir que las mujeres jóvenes ayuden a reclutar a las de edad más avanzada para que se sometan a los exámenes de detección. Actualmente muchas poblaciones tienen una cobertura excesiva de mujeres que están en la tercera década de vida o que comienzan la cuarta, y es preciso que los programas nuevos se concentren en lograr que las mujeres de 35 a 64 años ingresen en programas de citología de cuello uterino. Con una organización adecuada y buenos sistemas de información se podrá convocar a las mujeres para hacerles el frotis a los intervalos apropiados.

Se necesita buena información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que prevalecen en determinados medios culturales si se ha de conseguir que las mujeres se sometan a un primer frotis y que participen en el programa, es decir, que accedan a hacerse el frotis a los intervalos recomendados y a recibir tratamiento, si es necesario. La participación de organizaciones femeninas es una estrategia que llevará a que el público esté mejor informado y esto a su vez generará una mayor necesidad y demanda del programa en la comunidad. También es necesario reconocer que el personal de salud forma parte de un medio cultural particular y que tiene ciertas actitudes y creencias generales en común. Hacen falta programas educativos específicos dirigidos a este grupo para propiciar cambios en la comunidad en general.

La eficacia de un programa de detección depende mucho de la calidad de los servicios de citología en los laboratorios. De ahí que sea preciso examinar periódicamente todos los aspectos de la participación del laboratorio, incluidas las actividades de notificación de resultados y seguimiento, ya que los sistemas de información que hay en él forman parte del sistema general de información del programa. La incorporación de un proceso para mejorar la calidad debe redundar en un menor número de resultados negativos falsos, lo que aumentaría la sensibilidad de la prueba de detección. Este proceso se vería facilitado por la centralización de los servicios de citología.

Es conveniente tener un sistema de vigilancia citológica para las mujeres con anomalías aparentemente leves. Cuando las lesiones son graves (particularmente cuando son NIC III) se puede hacer la colposcopia, si está accesible, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento. De lo contrario, bastará con someter a la paciente a un tratamiento quirúrgico, como la biopsia, conización cervical, o histerectomía. El programa debe tener información apropiada sobre la capacidad técnica de las instalaciones de tratamiento accesibles a la población y, sobre esa base, llegar a un consenso sobre los protocolos de tratamiento. Conviene, por último, fomentar la participación de los médicos generales y especialistas que ejercen en la localidad. Al final del taller, los participantes tuvieron la tarea de preparar, en consulta con sus colegas, un anteproyecto apropiado para cada país. La OPS, el Centro Colaborador de la OMS para la Evaluación de la Detección en el Cáncer y, una vez terminados los preparativos de rigor, la Cancer Care International asistirán con el establecimiento y la evaluación de los programas. Estos no tendrán éxito, sin embargo, a menos que el aporte local sea adecuado y que se haga una fuerte inversión de personal especializado y de recursos. □