

Evaluación del programa de control del cáncer de cuello de útero en Cuba¹

En Cuba, el cáncer del cuello de útero representa, desde 1970, 10% de todos los casos nuevos de neoplasias malignas en mujeres. Aunque las tasas de incidencia ajustadas por edad en mujeres de 30 a 74 años han disminuido de 41,3 por 100 000 mujeres en 1970 a 37,8 por 100 000 en 1990, la mortalidad por este tumor no ha cambiado significativamente en los últimos 10 años (1). Este fenómeno se ha producido a pesar de que en 1968 entró en funcionamiento en todo el territorio nacional un programa de detección oportuna de cáncer del cuello de útero que ofrece citologías cervicales cada 2 años a mujeres de 20 años o más con vida sexual activa.

Materiales y métodos

Con el fin de evaluar el programa de control del cáncer de cuello de útero en Cuba a partir de medidores de acciones y resultados, se analizó la información disponible sobre el programa para el período de 1980 a 1994. Dicho programa cuenta con un sistema de información estadística del que se obtuvieron los siguientes indicadores: 1) tasas de cobertura, cuyo numerador corresponde al número de citologías anuales multiplicadas por dos y cuyo denominador es la población de mujeres de 20 años o más; 2) proporción de frotis que se consideran no útiles para el diagnóstico por el laboratorio, en relación con el total de los frotis tomados; 3) proporción de frotis positivos verdaderos, siendo el numerador las citologías positivas confirmadas por examen histológico y el denominador todas las citologías con resultados positivos.

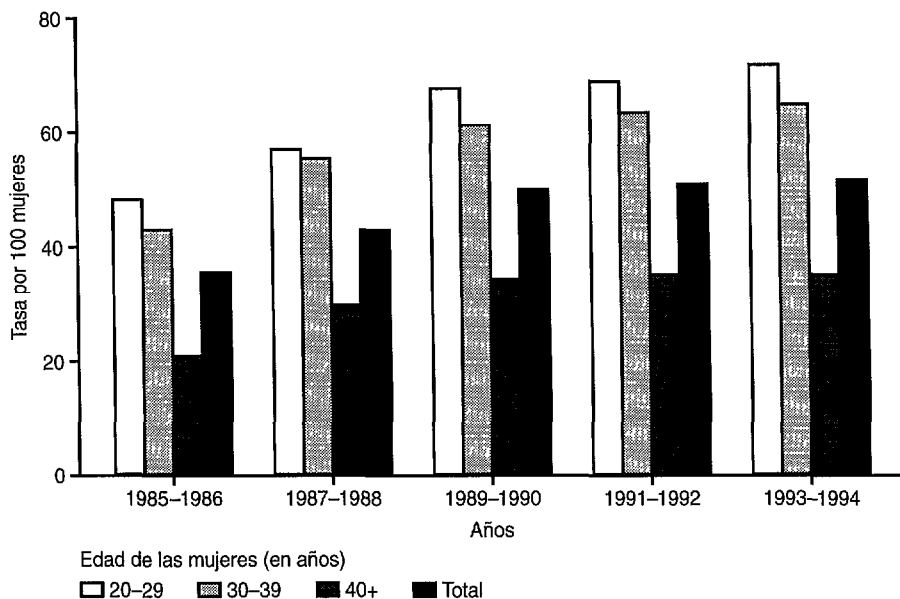
Los datos sobre incidencia, estadio clínico en el momento del diagnóstico y mortalidad fueron tomados del Registro Nacional de Tumores. Las tasas de incidencia y tasas truncadas (de mujeres de 30 a 74 años) fueron ajustadas a la población mundial de ambos sexos (2).

Resultados

La cobertura estimada de la citología cervicouterina para el bienio de 1993 a 1994 fue de 54,2 por cada 100 mujeres. La cobertura general ha venido aumentando, como se observa en la figura 1. En todos los períodos estudiados,

¹ Se basa en un estudio realizado por Leticia Fernández Garrote, Juan J. Lence Anta, Evelio Cabezas Cruz, Teresa Romero y Rolando Camacho, Instituto Nacional de Oncología y Radiología, La Habana, Cuba.

FIGURA 1. Tasas de cobertura del programa de control del cáncer de cuello uterino. Cuba, 1985 a 1992



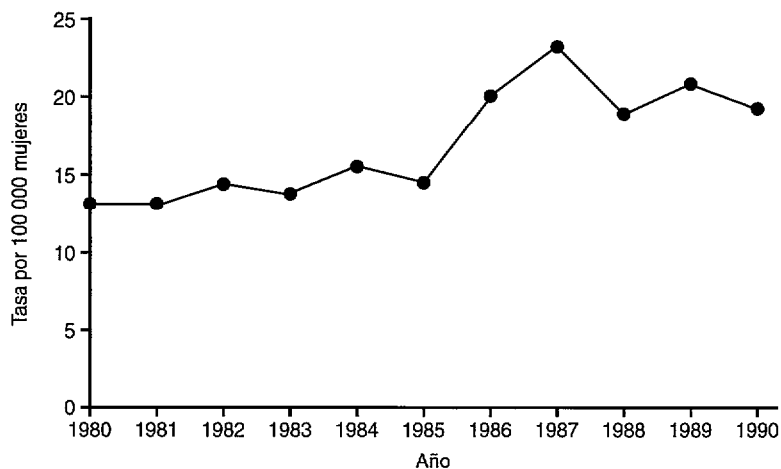
Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, La Habana, Cuba.

sin embargo, fue mayor en las mujeres de 20 a 39 años de edad, ligeramente más bajas en las de 30 a 39 años y mucho más bajas en las de 40 años o más. En el bienio de 1985 y 1986, la tasa de cobertura de mujeres de 20 a 39 años se estimó menor de 50%, pero en el período de 1993 a 1994 llegó a 70%. En cambio, la cobertura de mujeres de 40 años o más durante el mismo período aumentó de 23 a 30%.

Se declararon no útiles para fines diagnósticos 11% de los frotis procesados durante 1993, cifra que representa un incremento de 2% con respecto a la de 1985. Aunque las muestras que no tienen utilidad diagnóstica se deben repetir en el plazo de un año, en 60% de los casos no se repiten y, por lo tanto, quedan sin diagnóstico citológico. Cada año, 1% de las citologías salen positivas. Esto equivale a aproximadamente 10 000 frotis y solamente en 27% se confirma el diagnóstico positivo. Los demás resultados se consideran positivos falsos.

La tasa bruta de incidencia de cáncer invasor de cuello de útero, según los datos notificados al Registro Nacional de Tumores, se mantuvo estable de 1980 a 1984, aumentó en 1985 y 1986 y después volvió a estabilizarse (figura 2). En 1990 se notificó una incidencia de 19,25 por 100 000 mujeres, o cerca de 1000 casos nuevos cada año, de los cuales alrededor de 60% se presentaron en mujeres entre los 40 y 65 años de edad. No obstante, se ha incrementado el número de casos en mujeres de menos de 40 años. El análisis de los casos según estadio clínico reveló que en 1982, 20,8% de los casos diagnosticados estaban en estadio I. Esta cifra se mantuvo inalterada hasta 1985 y aumentó en 1986, y a partir de ese año ha permanecido cercana al 40,2% notificado en 1990. Como era de esperarse, hubo una disminución simultánea de las casos diagnosticados en estadios más avanzados (figura 3). En el período de 1980 a 1994, las tasas brutas de mortalidad

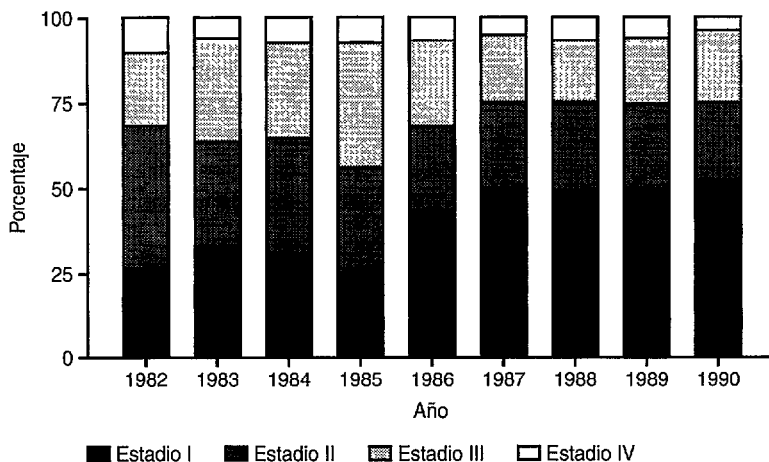
FIGURA 2. Tasas brutas de incidencia de cáncer del cuello de útero. Cuba, 1980 a 1990



Fuente: Registro Nacional de Cáncer, La Habana, Cuba.

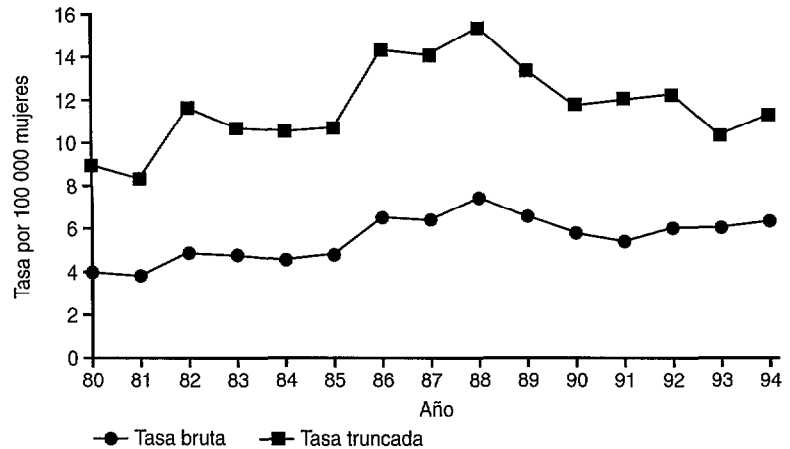
estandarizadas y truncadas (en mujeres de 30 a 74 años) se mantuvieron estables (figura 4). Un ligero aumento en la segunda mitad de la década de 1980 coincidió con un aumento en la razón dada por la incidencia de cáncer de cuello dividida por la de cáncer de otras partes del útero, que subió de 0,52 en 1985 a 0,84 en 1986

FIGURA 3. Estado clínico del cáncer de cuello de útero en el momento del diagnóstico. Cuba, 1982 a 1990



Fuente: Registro Nacional de Cáncer, La Habana, Cuba

FIGURA 4. Tasas brutas y tasas estandarizadas* y truncadas (mujeres de 30 a 74 años) de mortalidad por cáncer de cuello de útero. Cuba, 1980 a 1993



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, La Habana, Cuba.

*Estandarizadas con respecto a la población mundial de ambos sexos.

y a 0,90 en 1987, y que llegó a un máximo (1,05) en 1988. Posteriormente esta razón volvió a bajar y se estabilizó en 0,68 en 1991 y 1992, y en 1994 se notificó en 0,63. Estas cifras indican el grado de variabilidad de la precisión diagnóstica, que también es útil para interpretar las variaciones de la incidencia y de la distribución según estadio clínico en el momento del diagnóstico.

Discusión

El aumento de las tasas de cobertura implica que las actividades del programa de detección oportuna del cáncer de cuello de útero han aumentado a lo largo del período estudiado, pero se ha puesto más énfasis en las mujeres de 20 a 39 años que en las de edad más avanzada. Este fenómeno podría deberse a la propia organización del programa, que no solo recluta a las mujeres de manera organizada, sino que también utiliza mecanismos de captación en los que se aprovechan las consultas ginecobstétricas y de planificación familiar. Uno de los indicadores que aporta el control de calidad de la citología cervicouterina es la proporción de frotis que no tienen utilidad. En la bibliografía médica hemos encontrado pocos trabajos, o normas y recomendaciones internacionales que señalen cifras óptimas para este indicador (3). Un examen que no sale útil refleja la mala calidad de la toma de la muestra y también del procesamiento de los frotis en los laboratorios de diagnóstico citológico. Es importante, por lo tanto, determinar el porcentaje de casos que quedan sin diagnosticar por medios citológicos después de un resultado poco útil, ya que ello pone de manifiesto la presencia de deficiencias en la organización del programa. También es posible, sin embargo, que una proporción de estas mujeres asintomáticas rehúsen someterse a una nueva citología en menos de un año.

En el corto plazo, uno de los indicadores más lábiles de la efectividad de los programas es la disminución porcentual de los casos de cáncer invasor (en los estadios II o más avanzados), que debe ser menor de 30% (4). En Cuba, en el período de 1982 a 1990 se notificó una disminución de 26%, cifra cercana a la esperada. El programa no parece haber tenido impacto sobre la incidencia y mortalidad. Es probable que el incremento de ambas que se observa en la segunda mitad de los años ochenta esté relacionada con la creación en esa época de una estrategia para mejorar la calidad de los certificados de defunción por cáncer. Esta hipótesis está respaldada por los cambios observados en la razón representada por la mortalidad por cáncer de cuello de útero dividida por la mortalidad por otros cánceres uterinos.

Cualquier estrategia que se formule para aprovechar al máximo los recursos debe encaminarse a lograr una mayor flexibilidad en las normas y procedimientos de conformidad con las condiciones regionales, como por ejemplo, la frecuencia de la enfermedad, los patrones culturales y los recursos disponibles. Se podría ampliar el intervalo recomendado para la toma de la citología, particularmente en las mujeres que ya han tenido más de tres frotis negativos consecutivos, o dirigir los recursos a las mujeres que menos citologías se han tomado. El conocimiento de la población de alto riesgo, a lo que puede contribuir sobremedida el servicio de atención primaria, constituye un factor importante para lograr mayor efectividad.

Referencias

1. Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Anuarios estadísticos*. La Habana: MINSAP; 1970–1993.
2. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *Cancer incidence in five continents, volumen IV*. Lyon: WHO; 1982. (Publicación científica 42).
3. Organización Panamericana de la Salud. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. OPS; 1990. (Serie PALTEX No. 6).
4. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO; 1993. □