

El control del cáncer de cuello de útero en Villa Clara. 2002 – 2016.

Dra. Liset Alvarez-Guerra González ¹

Téc. Luisa González Amador ²

Gabriela Isidor Alvarez-Guerra ³

1: Dirección Provincial de Salud de Villa Clara/ Jefe de Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Santa Clara, Cuba, Correo electrónico: lisetgg@nformed.sld.cu. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Afiliado a la Sociedad Cubana de Salud Pública y de Higiene y Epidemiología.

2: Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología / Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Santa Clara, Cuba, Correo electrónico: servicio@informed.sld.cu

3: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Estudiante de primer año de la Carrera de Medicina, Santa Clara, Cuba, Correo electrónico: estadisticavc@informed.sld.cu

Resumen:

El cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo. Constituye una causa importante de años de vida potencialmente perdidos en las mujeres de Villa Clara y la quinta causa de incidencia en el sexo Femenino. Se desarrolló una investigación descriptiva en Villa Clara en los años 2002 – 2016 con el objetivo de caracterizar las acciones en función del control del cáncer de cérvix. Se observó un incremento en la cobertura de población estudiada con citología de cuello de útero, sin embargo existen oscilaciones en los diferentes periodos de estudio de las mujeres examinadas en patología de cuello, los casos reportados de cáncer, el por ciento de casos reportados en etapas tempranas y la mortalidad. Se recomienda incrementar las acciones con enfoque de riesgo en la atención primaria de salud, así como evaluar el programa de control de cáncer de cérvix, que permita rediseñar estrategias para lograr la reducción de la mortalidad por esta causa.

Palabras clave: Cancer de cervix/control de cáncer

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En el 2002 representaban el 44 % de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total. El cáncer es la causa de 20 % de la mortalidad por Enfermedades Crónicas. La Organización Mundial de la salud calcula que para el 2020 en América Latina y el Caribe se producirán 833 800 defunciones por cáncer. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan, en la actualidad, un modelo emergente de lucha contra el cáncer que integre toda una gama de actividades para aprovechar al máximo los recursos limitados existentes y lograr el mayor impacto posible. (2)

El cáncer del cuello uterino (CCU) es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos y 88% de las muertes en países en vías de desarrollo, y es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13% de los casos y 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo (3), a pesar de que se puede prevenir y curar. (4)

Si no se mejoran los programas de prevención, se ha estimado que el número de casos de CCU se incrementará en la región de 68000 en el año 2008 a 126000 en el año 2025, simplemente por el crecimiento y envejecimiento de la población.(3)

En los países de altos ingresos se han integrado los servicios de pesquiasaje basados en la prueba citológica tanto en los servicios médicos como en los de salud pública, y poseen altas tasas de cobertura, lo que ha permitido reducir la incidencia y la mortalidad en las últimas décadas, aunque no ha desaparecido totalmente. (4,5)

En América Latina y el Caribe, aunque la situación no es tan caótica como en el África Subsahariana, se observan países con altas tasas de prevalencia y mortalidad², lo que refleja las disparidades y las desigualdades de acceso, barreras culturales, entre otros factores que impiden mejorar los indicadores al respecto. (6)

La incidencia del CCU aumenta con la edad, y aproximadamente el 80-90% de los casos confirmados en países en vías de desarrollo ocurre en mujeres de 35 años o más. (4)

En Cuba, existe un programa masivo de pesquiasaje (PDPCCU) desde 1968, actualizado en el 2001, y que se revisa constantemente (7), sin embargo, continúan detectándose mujeres con cáncer invasor del cuello uterino y muriendo mujeres, inclusive en edades productivas.

En Villa Clara, el cáncer de cuello de útero se encuentra dentro de las primeras 5 causas de incidencia por cáncer en los últimos años en el sexo femenino.

Por tal razón, se desarrolló una investigación descriptiva con los objetivos siguientes

1. Describir la frecuencia de mujeres examinadas por citología y en consultas de patología de cuello según periodos de estudio.
2. Caracterizar la incidencia de cáncer de cuello de útero según etapa clínica al diagnóstico.
3. Describir la mortalidad por cáncer de cuello.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. El periodo de estudio estuvo comprendido entre enero del 2002 y diciembre del 2016. Para dar salida al primer objetivo el universo estuvo constituido por la población femenina del grupo de edad de 25 a 64 años de la provincia de Villa Clara, en los años 2002 – 2016. Para dar salida al segundo objetivo, el universo estuvo constituido por la totalidad de casos reportados en la provincia por cáncer de cuello de útero y para dar salida al tercer objetivo el universo estuvo constituido por la totalidad de fallecidas por esta causa en los años de estudio. La información se obtuvo del Registro Provincial de Cáncer, del Registro de Mortalidad y de los informes estadísticos de Atención a la Mujer y Patología de Cuello (modelos 241-422-07 y 241-461-02) del Sistema de Información Estadística Complementaria. Se utilizaron las variables: periodos de estudio, citologías realizadas, mujeres examinadas en patología de cuello, casos reportados de cáncer de cuello de útero, etapas clínicas al diagnóstico del cáncer de cuello de útero, fallecidas de cáncer de cuello de útero. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas) y tasas de incidencia y mortalidad. La información se resumió en trienios teniendo en cuenta que esta es la periodicidad de los estudios de citología y que cada trienio debe examinarse el 100 % de la población entre 25 y 64 años de edad. Los resultados se presentaron en tablas y figuras utilizando el sistema EXCEL. Se garantiza la confidencialidad de la información, al ser utilizada solo con fines de la investigación.

III. RESULTADOS

Existen consensos sobre algunos elementos claves para que una prueba de tamizaje sea efectiva: la enfermedad objetivada debe ser común entre la población, debe causar morbilidad y mortalidad significativa, la prueba debe ser precisa y razonablemente tolerable, un resultado positivo debe permitir una intervención que resulte benéfica para el paciente durante la fase asintomática de la enfermedad y la prueba y el tratamiento deben ser costo efectivos. En Cuba, la estrategia de control de cáncer define que la pesquisa de cáncer de cervix puede ser realizada a mujeres aparentemente sanas entre 25 y 64 años de edad cada tres años. (8)

En la tabla 1 se muestran los exámenes de citología de cuello de útero realizados en Villa Clara según trienios. En el primer trienio (2002 – 2004) se realizaron 163 655 citologías, lo que representa un 69.58 % de población femenina de 25 a 64 años de edad examinada. Cada trienio esta cobertura se incrementó y al final del periodo (2014 – 2016) existe un 81.23 % de cobertura poblacional. Aunque es relevante el incremento de la población examinada, resulta una preocupación el porcentaje de mujeres no examinadas. Esto guarda una estrecha relación con el bajo control del equipo de salud, la baja exigencia de los exámenes preempleo y periódicos y la baja percepción de riesgo de las mujeres, que inmersas en importantes tareas, van restando importancia a la salud.

Tabla 1 Citologías realizadas. Distribución de exámenes y población estudiada. Villa Clara 2002 – 2016.

Períodos de estudio	Citologías realizadas	% de población examinada
2002-2004	163655	69.58
2005-2007	168588	74.24
2008-2010	171909	80.04
2011-2013	176355	80.32

2014-2016	175999	81.23
-----------	--------	-------

En la tabla 2 se describen las mujeres que ingresan a la consulta de patología de cuello en Villa Clara. Se reportaron 2890 casos nuevos en el último trienio, cifra que representa un 0.44 % de mujeres entre 25 y 64 años. En el trienio 2008-2010 se encontró la mayor cifra de mujeres incorporadas a la consulta de patología de cuello, cifra que es coincidente con el periodo donde mayor reporte de cáncer se observó y en el segundo periodo de mayor reporte en etapas tempranas.

Es importante que una vez diagnosticada una patología de cuello la mujer acuda a esta consulta y en este sentido existe a nivel del Consultorio Médico de Familia un trabajo estricto de seguimiento a las mujeres negadas y por alcanzar el rescate de las mismas, lo que garantiza oportunidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello de útero.

Tabla 2 Mujeres examinadas en patología de cuello. Villa Clara 2002 – 2016.

Períodos de estudio	Casos nuevos incorporados	% de población
2002-2004	2652	0.38
2005-2007	2938	0.43
2008-2010	3392	0.53
2011-2013	3039	0.46
2014-2016	2890	0.44

En Cuba, el cáncer de cuello de útero constituye la cuarta causa de incidencia en mujeres con una tasa cruda de 22,6. En Villa Clara esta cifra es inferior a la media del país, con una tasa en el 2008 de 16,0 x 100 000 mujeres (9). En la tabla 3 se aprecian los casos reportados de cáncer de cuello de útero. (se excluyen los casos In Situ) Esta cifra se ha mantenido con oscilaciones en el periodo, alcanzando en los 15 años de estudio 902 casos reportados, lo que representa una tasa media de 15,03 por 100 000 mujeres. En el último trienio los casos reportados disminuyeron, alcanzando una tasa de 12,04.

Tabla 3 Cáncer de cérvix. Casos reportados. Villa Clara 2002 – 2016.

Periodos de estudio	Casos reportados	Tasa
2002-2004	201	16,03
2005-2007	154	12,68
2008-2010	176	14,66
2011-2013	229	19,16
2014-2016	142	12,04
Total	902	15,03

El cáncer de cuello de útero ocupa en el mundo el segundo lugar en cuanto a incidencia en el sexo femenino. (10) En el año 2000 se calculó que al nivel internacional habría 470 606 casos nuevos y 233 372 defunciones por esta causa y que más del 80 % de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados, precisamente en América Latina y el Caribe se encuentran algunas de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo. (11) En Cuba, la tasa de incidencia es inferior a la observada en Centro y Sur

América, excepto Argentina y Uruguay, y también menor que las reportadas en el Caribe (excepto Bahamas y Puerto Rico), discrepancia que probablemente se atribuya a diferencias en la prevalencia de factores de riesgo y a las prácticas de tamizaje citológico.

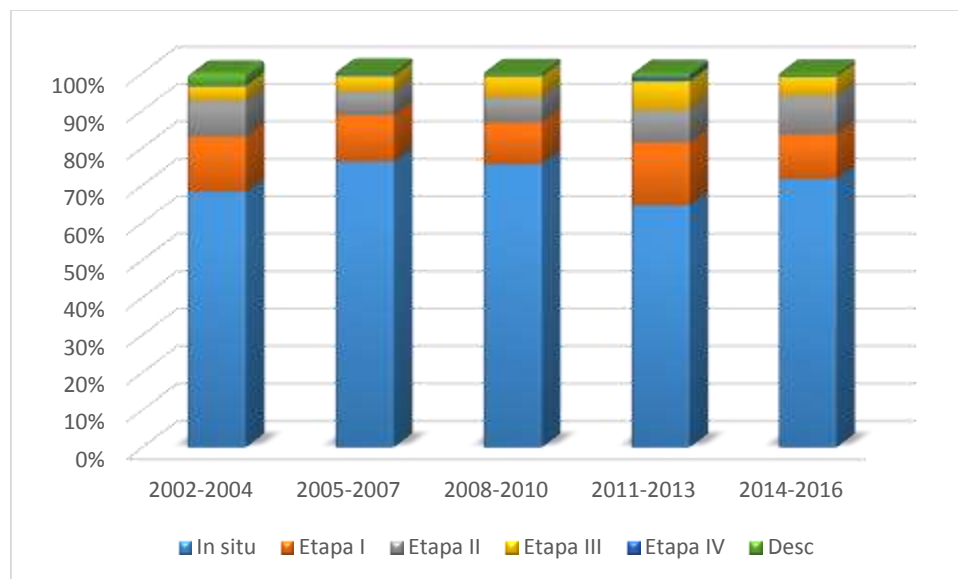
Cuba reportó una tasa de incidencia de $38,2 \times 100\,000$ hab y una mortalidad de $10,5 \times 100\,000$ hab en el trienio 2000 – 2002, cifra que se ha reducido de manera considerable en los últimos años (9). El actual estudio muestra tasas inferiores a las reportadas en el mundo y Cuba, indicador que indiscutiblemente debe estar vinculado a los progresos en el tamizaje y en la asistencia a consultas de patología de cuello.

Al incluir en el estudio la totalidad de casos reportados, según etapa clínica al diagnóstico (Figura 1) se pudo apreciar que en todos los trienios se mantiene por encima del 65 % los casos diagnosticados en etapa in situ y más del 10 % en etapa I, o sea que se diagnostican en etapas tempranas más del 80 % de los casos. Se reportan variaciones en los periodos de estudio, que no definen una tendencia al incremento del reporte de los casos en etapas tempranas de la enfermedad.

En estudios realizados en Cuba, la incidencia de cáncer cervicouterino en etapa 0 en el 1990 era del 88,1% del total con estadio clínico, y solamente el 2,4% correspondían a estadios II o III. En el año 2011, los porcentajes fueron 79,5% y 8,3%, respectivamente. (10). La incidencia bruta fue de $19,2 \times 100\,000$ mujeres en el 2008 y la ajustada de $13,4 \times 100\,000$ mujeres. (12)

El autor considera que aun existen brechas para alcanzar un mayor diagnóstico en etapas tempranas y desde el análisis de la cobertura de citología, (Tabla 1) esto se hace visible. El diagnóstico temprano garantiza mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Hoy existe una organización de la asistencia médica que permite una cobertura amplia de cualquier mujer con lesión cervical, con consultas de patología benigna de cuello de útero en los 13 municipios, con videocolposcopio y personal entrenado y 4 consultas de patología de cuello con recursos diagnósticos y terapéuticos de alto nivel.

Figura 1 Cáncer de cérvix. Casos reportados según etapa clínica al diagnóstico. Villa Clara 2002 – 2016.



Los análisis anteriores motivaron a observar lo que ocurre con la mortalidad por esta causa. En la Tabla 4 se resume la mortalidad por cáncer de cuello de útero. En el primer período de estudio se alcanzó una tasa de mortalidad de 0.23 x 100 000 mujeres, con 29 fallecidas en los tres años, o sea un promedio inferior a 10 fallecidas anuales. Estas cifras han variado en los años de estudio, no observándose ninguna tendencia establecida. Al final del estudio se alcanzó una tasa de mortalidad de 3.73 x 100 000 mujeres, con 44 fallecidas en los 3 años.

Tabla 4 Cáncer de cérvix. Tasas de mortalidad. Villa Clara 2002 – 2016.

Periodos de estudio	Fallecidas	Tasa de mortalidad
2002-2004	29	0,23
2005-2007	44	3,62
2008-2010	54	4,50
2011-2013	48	4,02
2014-2016	44	3,73

Llama la atención cuando se resume la información que en el trienio 2002 – 2004 existió una baja cobertura de citologías, un bajo número de mujeres incorporadas a patología de cuello, una tasa de incidencia baja, un número bajo de mujeres reportadas en etapas tempranas y esto se traduce años más tarde en incrementos en las tasas de mortalidad. De manera contraria ocurrieron en el trienio 2014 – 2016.

El seguimiento continuo a los indicadores constituye una herramienta de gran utilidad. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los sistemas de salud deban tener herramientas que permitan medir la magnitud y naturaleza del cáncer en la comunidad, ayudar a la toma de decisiones administrativas y a la investigación científica. (9)

Con la descripción de los principales indicadores relacionados con el programa de cáncer de cuello de útero, el autor considera que aunque en Villa Clara existe un programa bien estructurado con acciones de salud concretas no se ha logrado mantener estabilidad en los mismos. Aspectos como la discusión de la morbilidad tardía y la mortalidad, las acciones de control en la Atención Primaria de Salud, el seguimiento de cada caso por el equipo de salud, el trabajo con enfoque de riesgo, son aspectos a considerar en el trabajo diario en el área de salud.

IV. CONCLUSIONES

Se observó un incremento en la cobertura de población estudiada con citología de cuello de útero que alcanzó el 81.23 % en el último trienio de estudio. El período de mayor número de mujeres incorporadas a consulta de patología de cuello fue de 2008 al 2010. Existen oscilaciones en los diferentes períodos de estudio en los casos reportados de cáncer y el porcentaje de casos reportados en etapas tempranas. No existe una tendencia establecida de la mortalidad que alcanzó, la mayor tasa en el trienio 2008 -2010. Se recomienda incrementar las acciones con enfoque de riesgo en la atención primaria de salud, así como evaluar el programa de control de cáncer de cérvix, que permita diseñar estrategias para lograr la reducción de la mortalidad por esta causa.

REFERENCIAS

1. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud 2007. Estrategia Regional y Plan de Acción para Un enfoque integrado sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas. ISBN 978 92 7 532826 2
2. Programa Integral para el control del cáncer en Cuba. Pautas para la gestión 2010. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Norman D, Matehns C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* [Internet] 2010 [Acceso 10-11-2011]; 127(12): 2893-917. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/full>
4. Sahasrabuddhe VV, Parham GP, Mwanahamuntu MH, Vermund SH. Cervical cancer prevention in low-and middle-income countries: feasible, affordable, essential. *Cancer Prevention Research*. [Internet]. Dec 12 2011 [Acceso 16-12-11]; 5: 12-17. Available from: <http://cancerpreventionresearch.aacrjournals.org/content/5/1/11.full>
5. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*. [Internet] 2011 [Acceso 16-12-11].; 378(9801):1461-84. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61351-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61351-2/fulltext)
6. Colombia. CIES-Fundación Santa Fe de Bogotá. Gráfica-Mortalidad por cáncer del cuello uterino[Internet]. CIES-Fundación Santa Fe de Bogotá. 2012. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/49> [acceso 16-12-11]
7. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Programa Nacional de Diagnóstico precoz del Cáncer Cervicouterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
8. Romero Perez T, et al. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el control del Cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
9. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Anuario de Incidencia 2008. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012
10. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:74-108.
11. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC. OPS;2004. ISBN 92 75 32531 6.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2011. La Habana: MINSAP. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf> [Acceso: 04-07-13]