



Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. Una mirada desde el enfoque médico familiar

Juan José Flores-Pulido,^a Mónica Martínez-Correa^b

Cervical cancer and human papillomavirus. A glance from a family medical viewpoint

Cervical cancer is a health population problem that affects all the world. It remains globally the second leading cause of death in women according to the reports of the International Agency for Cancer Research. In 2008 it was reported an incidence of 8.8 %, which represents a total of 530 232 new cases worldwide and a mortality rate of 8.2 %, meaning a total of 275 008 deaths from this pathology that year. If we bear in mind that the affected group is composed by women in reproductive age, we can size the sociodemographic and family consequences that this pathology brings. So the integral level approach with emphasis on the preventive area is the key to the reduction of morbidity from this disease. This premise suggests the need to offer a broad outlook about the role played by health personnel with care in Family Medicine.

Keywords Palabras clave

Uterine cervical neoplasms Neoplasias del cuello uterino
Family medicine Medicina familiar

Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino y del virus del papiloma humano

La atención de la salud reproductiva en la actualidad se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con esa índole de la salud. Incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solo de la consejería y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.¹

El cáncer es la primera causa de muerte en los países desarrollados y la segunda en los países en vías de desarrollo. Según las proyecciones a nivel mundial, seguirá aumentando la incidencia de esta enfermedad en el mundo entero y se calcula que se registrarán 13.1 millones de muertes para el año 2030.²

Podemos observar de acuerdo con los reportes de la Agencia Internacional de Investigación para el Cáncer, que en el 2008 se encontró una incidencia de cáncer cervicouterino del 8.8 %, lo cual se tradujo en 530 232 nuevos casos anuales a nivel mundial, así como una tasa de mortalidad de 8.2 %, que representó 275 008 defunciones por esta patología.³

En México, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2011 se reportó que entre los principales tumores malignos por los que fallecía la población de 20 años o más, se observaban diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres morían por cáncer de mama (13.8 %), por cáncer cervicouterino (10.4 %) y de estómago (7 %). En tanto, los hombres fallecían por cáncer de próstata (16.9 %), de bronquios y pulmón (12.8 %) y de estómago (8.6 %).⁴

También podemos ver que los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) muestran que una mayor proporción de mujeres de 20 a 65 años acudieron en los últimos 12 meses a realizarse una prueba de detección de cáncer cervicouterino en comparación con los resultados de la ENSANUT 2006 y ENSA 2000. Así, en 2012 se encontró que 44.3 % de las mujeres de 20 a 65 años acudió a un servicio médico para una prueba de Papanicolaou durante el año previo al levantamiento, mien-

^aUnidad de Medicina Familiar 1, Delegación Sur, Distrito Federal

^bJefatura de Salud Reproductiva, Servicios de Salud de Tamaulipas, Tamaulipas

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Comunicación con: Juan José Flores-Pulido

Teléfono: (55) 11 02 64 70

Correo electrónico: dr_flores77@hotmail.com

Recibido: 22/10/2014

Aceptado: 15/05/2015

El cáncer cervicouterino es un problema de salud poblacional que afecta a todo el mundo y continúa siendo la segunda causa de muerte en mujeres a nivel global. En el 2008 la Agencia Internacional de Investigación para el Cáncer reportó una incidencia del 8.8 %, lo cual representa un total de 530 232 nuevos casos a nivel mundial y una tasa de mortalidad de 8.2 %, que significaron un total de 275 008 defunciones por esta patología. Si tomamos en cuenta que el grupo con

mayor afectación son mujeres en edad reproductiva, podemos dimensionar las secuelas sociodemográficas y familiares que esta patología trae como consecuencia, por lo cual el abordaje de manera integral con énfasis en el área preventiva es la clave para lograr la reducción de la morbimortalidad por esta enfermedad. De esta premisa se desprende la necesidad de brindar un panorama amplio del rol que juega el personal de salud con atención en Medicina Familiar.

Resumen

tras que 37.1 y 29.4 % lo habían hecho el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2006 y al de la ENSA 2000, respectivamente. Aunado a esta cifra de 2012, se agregan las mujeres que fueron a realizarse la prueba para detección del virus del papiloma humano (VPH) (información no recolectada previamente), con 10.3 % de las mujeres de 35 a 50 años.⁵

La infección originada por el virus del papiloma humano (VPH) se ha incrementado de forma exponencial en las últimas décadas y se ha llegado a considerar un grave problema de salud pública que afecta principalmente a grupos de adolescentes y mujeres jóvenes, y condiciona la aparición de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, lo cual nos habla del comportamiento de las actividades en las prácticas sexuales a temprana edad. El cáncer cervicouterino puede evitarse, siempre y cuando se realice un diagnóstico y un manejo adecuado de las lesiones precursoras.³

Es de suma importancia saber las repercusiones que tienen las infecciones por VPH en el hombre y la mujer, así como en el ambiente de seguridad que pudiera tener la pareja afectada, sobre todo por las implicaciones secundarias en la confianza de pareja y en los tratamientos que hay que seguir en el futuro inmediato.

Si bien se sabe que en el hombre son muy raras las implicaciones o cambios malignos de las lesiones de VPH penéanos, en la mujer es indudable que las repercusiones infecciosas pueden llegar a tener una connotación muy diferente a la de la contraparte masculina. En ellas producirá un clima de angustia, miedo y preocupación intensa debido a las posibles implicaciones malignas que pudieran darse, aun cuando sepamos que son la minoría; sin embargo, la paciente que tenga estos cambios displásicos no entenderá las cifras estadísticas sino que sufrirá directamente las consecuencias de la infección. En el hombre producirá un alejamiento de su pareja, por no infringirle más posibilidades de contagio, además de que ocasionará un sentimiento de culpa muy difícil de eliminar y sobre

todo debido a la recurrencia de la enfermedad. En ocasiones se trata de mujeres que están en su tercera década de la vida y que no han tenido todavía hijos, por lo cual las implicaciones son mayores en relación con las expectativas vitales de formar una familia.

El rol del médico familiar en la atención primaria de la salud

La Medicina Familiar, que por definición es la especialidad médica efectora de la atención primaria de la salud (APS), al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos que le es propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. Dado que el propósito y la unidad funcional de los cuidados primarios es la familia y no el individuo, el abordaje de la atención de la salud para la Medicina Familiar se desarrolla dentro de este contexto microsocioal, evitando fragmentar el grupo familiar en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente.

La Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. El médico de familia debe considerar cada encuentro con el paciente como una oportunidad para la educación o la prevención.

Existen dos estrategias importantes para mejorar el cumplimiento de las prácticas preventivas: el rastreo o tamizaje (screening, en inglés) y la pesquisa de casos (case finding). Sin duda, esta última es la más efectiva. Como estrategia, la pesquisa clínica de casos se define cuando es el médico quien inicia la intervención, incluso cuando el paciente concurre a la consulta por

otros motivos. Si consideramos que, en promedio, cada paciente ve a su médico de cabecera al menos dos veces al año, las posibilidades de poder implementar servicios preventivos se multiplican y también la diferencia entre lo que significa estar sano o enfermo para el médico, por un lado, y para el paciente, por el otro (problemas funcionales, alcoholismo, violencia doméstica y otras enfermedades sociales, padecer cáncer, tuberculosis o sida en distintos grupos étnicos, etcétera).

Conociendo el rol tan importante que juega el médico familiar, como podemos decir que es de suma importancia integrar y sumar los esfuerzos del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar a fin de llevar a cabo acciones específicas y

sistematizadas para lograr un diagnóstico temprano y la referencia oportuna, contribuyendo a disminuir las cifras tan elevadas de morbimortalidad y el saldo social, del cual no podemos ver cifras pero podemos inferir que la orfandad y la desintegración familiar forman parte del lastre de estas patologías, que lejos de disminuir van a la alza con un marcado predominio en los países en vías de desarrollo.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce E. Aplicación 13, Salud reproductiva y género. En: Salud pública: teoría y práctica. Patricia Uribe Zuñiga, Aurora del Río Zolezzi. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Manual Moderno; 2013. p 579-92.
2. Programas mundiales del cáncer [Internet] [citado 5 feb 2013]. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/instituto/prioridades/programas-mundiales>.
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010 [Internet]. Consultado el 23 abril de 2013. Disponible en <http://globocan.iarc.fr>
4. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Consultado el 20 de febrero de 2013). Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.