
EDITORIAL

Eliminación del cáncer de cérvix en América Latina

América Latina ha sufrido por muchas décadas los embates del cáncer de cérvix, que causa la muerte de cerca de 30 000 mujeres cada año en la región.¹ El cáncer de cérvix está estrechamente asociado con la pobreza y con la falta de acceso a servicios de tamizaje y tratamiento; su impacto social se ve agravado porque este cáncer ocurre en mujeres en general más jóvenes que las que sufren otros tipos de cáncer y porque las mujeres en este grupo social tienen más hijos y a menudo son las responsables del sustento familiar. La pérdida de este enorme número de madres de escasos recursos y jefas de familia en nuestra región es una tragedia cotidiana que exige la atención de nuestros gobiernos y sistemas de salud.

Desde hace cerca de 50 años contamos con la citología vaginal como método de detección temprana del cáncer de cérvix. Esta técnica, seguida del tratamiento adecuado de los casos detectados, cuando se ha aplicado masiva y repetidamente a una población, ha logrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix, especialmente en países desarrollados que han implementado programas de alto costo y complejidad. En América Latina se han hecho muchos esfuerzos para establecer programas de tamizaje con citología que han tenido resultados variables, pero definitivamente no suficientes para el control de la enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud ha ejercido hasta la fecha un importante liderazgo en esta lucha y varios grupos de investigadores de la región han participado activamente en el desarrollo de las nuevas tecnologías con que contamos actualmente.

Los conocimientos recientes sobre la enfermedad han llevado al desarrollo de extraordinarias herramientas para la prevención primaria y secundaria del cáncer de cérvix, entre las que se incluyen vacunas altamente eficaces y seguras contra la infección por VPH, capaces de prevenir 100% de las infecciones causantes de la

mayor parte de los cánceres del cérvix y otros sitios tumorales. Asimismo, contamos con métodos de detección del VPH altamente sensibles y reproducibles que permiten detectar las lesiones precancerosas con alta precisión y extender los intervalos de tamizaje, incluso sin necesidad de realizar exámenes pélvicos. A esto se suma la mejoría de la condición socioeconómica, el mejor acceso a los servicios y los nuevos conocimientos sobre la organización de programas de salud.

Estos extraordinarios avances llevaron recientemente a la Organización Mundial de la Salud a proponer la eliminación del cáncer de cérvix como problema de salud pública en las próximas décadas, mediante una combinación de vacunación masiva de niñas y adolescentes y tamizaje de mujeres adultas con tratamiento de lesiones precancerosas.² Afortunadamente, la gran mayoría de países de la región ya ha implementado programas de vacunación gratuita para las niñas, en buena parte gracias a la existencia del fondo rotatorio de la OPS, que ha facilitado la negociación de precios asequibles para los países. La vacunación, si se mantiene, logrará en el largo plazo el efecto deseado de reducir significativamente la incidencia de la enfermedad. Sin embargo, para evitar una gran cantidad de casos de cáncer y fallecimientos en las cerca de 250 millones de mujeres latinoamericanas que no van a recibir el beneficio de la vacunación (la mayoría de las mujeres actualmente mayores de 15 años), se necesita urgentemente establecer programas de tamizaje, idealmente utilizando las nuevas técnicas moleculares de detección de ácidos nucleicos virales.

Los programas de tamizaje son intervenciones de alta complejidad dentro de los sistemas de salud, y para lograr el impacto necesario no es suficiente contar con una técnica de alto rendimiento, ya que ésta no elimina los fallos que históricamente han hecho fracasar muchos de nuestros programas. A continuación se presenta una

breve discusión de algunos de los principales componentes necesarios para establecer programas exitosos de tamizaje en nuestros países.

Para empezar, es necesario que los políticos y administradores de los sistemas de salud brinden amplio apoyo político y económico para establecer los programas. La recomendación es que dichos programas sean organizados, lo que significa que estén dirigidos a una población blanco bien definida que se invita a participar en el tamizaje hasta lograr amplia cobertura poblacional (idealmente al menos 80%). Todos los procesos deben ser objeto de planificación detallada, incluyendo el análisis de la literatura, el costo-beneficio y los riesgos potenciales, la factibilidad del programa y de la técnica y la planificación de la expansión de las operaciones. El establecimiento de un equipo coordinador multidisciplinario, responsable del programa y con autoridad suficiente para funcionar dentro del sistema de salud, es fundamental para el éxito.

Un aspecto importante en la fase inicial de los programas es que inevitablemente los diversos grupos de interés ejercerán presiones que pueden ser obstáculo o pretender desviar los objetivos de las actividades de tamizaje. Entre estos grupos se incluyen las pacientes que pueden tener creencias o informaciones diversas, los diferentes grupos médicos que pueden ver amenazada su práctica habitual, los grupos religiosos que pueden inquietarse por la relación del tema con el comportamiento sexual, así como las compañías farmacéuticas o productoras de pruebas diagnósticas interesadas en la venta de sus productos. También puede haber influencia de los medios de comunicación o de grupos políticos. Se requiere una especie de consenso nacional basado en la educación y la comunicación correcta para lograr los cambios de paradigma necesarios y la adaptación de los diversos grupos posiblemente afectados.

Los programas de tamizaje se realizan en mujeres asintomáticas, por lo que es difícil lograr participación si el programa requiere el pago de los servicios. En algunos casos, el tamizaje es gratuito pero el seguimiento y eventual tratamiento no lo son, con lo que se corre el riesgo de no completar el proceso. En este contexto, el aspecto más importante y que reviste un carácter ético fundamental es la obligación de dar seguimiento a las anomalías detectadas en el tamizaje. Si no se da seguimiento es preferible no iniciar el proceso. Una lesión detectada en un tamizaje debe considerarse una prioridad de salud pública y el porcentaje de mujeres con resultados positivos que han acudido al seguimiento y tratamiento es uno de los indicadores más importantes de este tipo de programas. Los resultados alterados mantienen su

vigencia y el seguimiento debe completarse aun si ha pasado cierto tiempo desde la prueba de tamizaje.

La alta cobertura a nivel nacional es prioritaria, con especial atención a los grupos marginados que pueden quedar fuera del tamizaje a pesar de tener tasas de incidencia más altas que el promedio. En particular, ciertas zonas de difícil acceso pueden requerir un abordaje diferente al del programa nacional, y en esos sitios puede no ser factible un programa que incluya múltiples visitas. En este contexto, y en general en países de bajos recursos, a menudo es necesario hacer compromisos para que la intervención sea factible. Por ejemplo, se pueden requerir compromisos en la sensibilidad del método a utilizar si esto logra aumentar la cobertura, como en el caso de la utilización de la inspección visual con ácido acético (IVA) cuando no hay otra opción factible, o el uso de la autotoma en el contexto del tamizaje con VPH. Un ejemplo de compromisos en la especificidad es el tratamiento de todas las infecciones por VPH sin hacer pruebas adicionales para confirmación diagnóstica de la presencia de lesiones precursoras. Este método de "tamizar y tratar" ha sido recomendado por la OMS para sitios de bajos recursos, donde el acceso a especialistas y el diagnóstico histopatológico son limitados. Tiene la ventaja de que elimina no sólo las lesiones que están presentes en el momento del tratamiento sino también las lesiones que se desarrollarían en el futuro entre las mujeres portadoras de la infección.³

El control de calidad de todos los procesos es esencial, desde la cobertura y el seguimiento hasta los aspectos específicos de las técnicas de laboratorio (capacitación, control de reactivos, calibración etc.); además, es indispensable contar con un programa bien definido y documentado que incluya auditorías de los procesos. Otro aspecto fundamental es la necesidad de contar con sistemas de información, tanto registros de tamizaje para el control de los procesos y el seguimiento de los casos como los registros poblacionales de cáncer para evaluar el impacto del tamizaje en la incidencia y la mortalidad. Estas herramientas pueden aportar datos importantes para hacer investigación, otro elemento fundamental para el mejoramiento continuo de los programas. Por último, los programas de comunicación y prensa adaptados culturalmente e idealmente desarrollados por profesionales en la materia pueden contribuir en forma importante al éxito de los programas.

El llamado de la OMS a la eliminación del cáncer de cérvix, aprovechando las nuevas herramientas con que contamos, será un gran estímulo para la reorganización de nuestros programas y promete reducir en

forma importante el sufrimiento de los miles de familias afectadas por este flagelo que debe dejar de existir.

Rolando Herrero, PhD, MD Epidemiol.⁽¹⁾
herrero@iarc.fr

<https://doi.org/10.21149/10170>

Referencias

1. Bray F, Piñeros M. Cancer patterns, trends and projections in Latin America and the Caribbean: a global context. *Salud Publica Mex.* 2016;58:104-117. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i2.7779>

2. World Health Organization. WHO Director-General calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical cancer. Geneva: WHO, 19 de mayo 2018 [citado noviembre 22, 2018]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-elimination-cervical-cancer/en/>

3. Santesso N, Mustafa RA, Schünemann HJ, Arbyn M, Blumenthal PD, Cain J, et al. Guideline Support Group. World Health Organization Guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2-3 and screen-and-treat strategies to prevent cervical cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;132(3):252-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.038>

⁽¹⁾ Head, Early Detection and Prevention Section, International Agency for Research on Cancer. Lyon, France.