

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL PAPER

1. Médico Anatómopatóloga-Citopatología, Instituto de Patología y Biología Molecular Arias Stella, Lima, Perú

Fuente de financiamiento: autofinanciado

Declaración de conflictos de interés: No hay conflicto de intereses

Aportación original e importancia: Discutir sobre uno de los cánceres femeninos con mayor impacto en los países en vías de desarrollo

Recibido: 15 setiembre 2019

Aceptado: 9 octubre 2019

Publicación *online*: 5 febrero 2020

Correspondencia:

Caddie Dy Laberiano Fernández

📍 Av. Domingo Orué 908 – Surquillo. Lima, Perú.

☎ 2424812

✉ dra.laberiano.fer@gmail.com

Citar como: Laberiano Fernández CD. Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2020;66(1):37-40. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2231>

Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud

Cervical cancer screening in Latin American countries from the perspective of health professionals

Caddie Dy Laberiano Fernández¹

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2231>

ABSTRACT

Objectives: To determine the status of cervical cancer screening in Latin American countries from the perspective of health personnel. **Method:** Online survey study of closed groups of pathologists and cytotechnologists. **Results:** 155 completed questionnaires were obtained. Most professionals surveyed considered that there are deficiencies in the screening of cervical cancer, such as poor approach and lack of staff training. **Conclusion:** It is necessary to invest financially in the policies created against cervical cancer.

Key words: Uterine cervix neoplasia, mass screening.

RESUMEN

Objetivos. Determinar el estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva del personal de salud. **Método.** Estudio tipo encuesta *online* a grupos cerrados de patólogos y citotecnólogos. **Resultados.** Se obtuvo 155 cuestionarios llenados. La mayoría considera que existen deficiencias en el tamizaje del cáncer de cérvix, tales como mal abordaje y falta de entrenamiento en el personal. **Conclusiones.** Es necesario invertir económicamente en las políticas creadas contra el cáncer de cérvix.

Palabras clave. Neoplasia, cuello del útero, Tamizaje masivo.



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es un importante problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, entre ellos los de América Latina, siendo la segunda causa de muerte en mujeres entre los 35 a 64 años a nivel mundial⁽¹⁾. El 90% de las muertes por esta causa ocurre en países de ingresos bajos a medianos⁽²⁾, siendo tres veces mayor que en América del Norte y se incrementaría en 45% para el 2030⁽³⁾. Desde la década pasada, el conocimiento, herramientas de tamizaje y tratamiento han cambiado el panorama para los países que han adoptado nuevas medidas⁽²⁾.

Aunque cada país tiene su propio plan de abordaje para erradicar el cáncer de cérvix, este sigue sin tener un descenso significativo en nuestra región. Esta publicación tiene como objetivo mostrar la perspectiva del personal de salud en relación al tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina.

MÉTODOS

Estudio transversal analítico, en el cual se aplicó una encuesta *online* a grupos cerrados de patología y citotecnología de América Latina y contenía ítems relacionados al estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde su perspectiva como personal de salud. El tratamiento de los datos para alcanzar el objetivo anteriormente propuesto empleó técnicas de estadística descriptiva, y para recolectar la información se diseñó la base de datos en Excel, que facilitó la introducción de datos crudos, creó tablas y gráficos. La descripción de los resultados se presenta mediante el porcentaje de respuestas.

RESULTADOS

Un total de 156 encuestas fueron contestadas. Se retiró un cuestionario previo al análisis de datos por encontrarse incompleta, quedando 155 (tabla 1).

El país que tuvo más representatividad fue Perú (38,1%) seguido por México (22,6%). Los menos representados fueron Bolivia (0,6%), Costa Rica (0,6%), Haití, Nicaragua y Panamá. Los patólogos fueron mayoría (51,6%), en comparación con los citotecnólogos (48,4%).

La prueba de tamizaje más utilizada fue el co-test (prueba molecular de virus papiloma humano (VPH) más citología) en 53,5%, seguida de la citología sola (40%). La prueba molecular de VPH fue poco usada (71,6%) como tamizaje primario. La mayoría manifestó contar con un programa de entrenamiento especializado en citología cérvico vaginal (63,2%), teniendo este una duración de más de 12 meses (58,8%), principalmente, aunque la mayor parte de los encuestados consideran que dichos programas de entrenamiento no son adecuados (54,2%).

TABLA 1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DEL TAMIZAJE DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA.V

| Países (n=155) | |
|--|-----------|
| Argentina | 6 (3,9) |
| Bolivia | 1 (0,6) |
| Brasil | 5 (3,2) |
| Colombia | 19 (12,3) |
| Costa Rica | 1 (0,6) |
| Ecuador | 6 (3,9) |
| Guatemala | 2 (1,3) |
| Haití | 1 (0,6) |
| Honduras | 2 (1,3) |
| México | 35 (22,6) |
| Nicaragua | 1 (0,6) |
| Panamá | 1 (0,6) |
| Perú | 59 (38,1) |
| República Dominicana | 6 (3,9) |
| Venezuela | 10 (6,5) |
| Profesionales (n=155) | |
| Citotecnólogo | 75 (48,4) |
| Patólogo | 80 (51,6) |
| Pruebas de tamizaje (n=155) | |
| Papanicolaou | 62 (40) |
| Inspección visual con ácido acético | 5 (3,2) |
| Prueba molecular de virus papiloma humano (VPH) | 3 (1,9) |
| Prueba molecular de VPH+ Papanicolaou | 83 (53,5) |
| Otros | 2 (1,3) |
| ¿Hay entrenamiento especializado en citología cérvico vaginal? (n=155) | |
| No | 57 (36,8) |
| Sí | 98 (63,2) |



| ¿Usted cree que el entrenamiento en citología es adecuado en su país? (n=155) | |
|---|------------|
| No | 84 (54,2) |
| Sí | 71 (45,8) |
| Si existe un programa de entrenamiento, ¿cuánto dura? (n=97) | |
| Menos de 6 meses | 12 (12,4) |
| 6 a 12 meses | 28 (28,9) |
| Más de un año | 57 (58,8) |
| ¿Existe un fellowship en citología? (n=150) | |
| No | 98 (65,3) |
| Sí | 52 (34,7) |
| ¿Se realiza prueba de VPH en tu país? (n=155) | |
| Sí | 44 (28,4) |
| No | 111 (71,6) |
| ¿Tiene un programa de tamizaje contra el cáncer de cérvix insuficiente? (n=155) | |
| No | 30 (19,4) |
| Sí | 125 (80,6) |
| ¿Cuáles son los factores que contribuyen a un tamizaje insuficiente? (n=155) | |
| Mal plan de cobertura | 50 (32,3) |
| Mal plan de cobertura, Infraestructura insuficiente, Ausencia de profesionales entrenados | 1 (0,6) |
| Infraestructura insuficiente | 39 (25,2) |
| Ausencia de profesionales entrenados | 42 (27,1) |

Se observó que el sistema de tamizaje para cáncer de cérvix es insuficiente, en opinión de los encuestados (80,6%). Los dos principales problemas identificados por los colaboradores fueron el plan malo de cobertura (32,3%) seguido de la carencia de profesionales capacitados (27,1%).

DISCUSIÓN

El impacto del tamizaje de cáncer de cérvix en países en vías de desarrollo sigue siendo insuficiente. Aunque muchos países hayan implementado el co-test entre sus estrategias, este sigue siendo poco viable, básicamente debido a un problema de costos y poca inversión en esta prueba en el sector público. Otra de las barreras son las relacionadas a la calidad de la muestra, con extendidos pobres y errores de lectura, a lo que se sumaría la desventaja geográfica⁽⁴⁾ y las relacionadas a la experiencia subjetiva de la paciente⁽⁵⁾. Sin embargo, la citología en conjunto con la prueba molecular del VPH puede llegar a

tener hasta una sensibilidad de 100% y especificidad de 93%, pero por un problema de presupuesto la citología sigue teniendo un rol importante en países con escasos recursos. Aunque la implementación de programas de citología de alta calidad es posible, podrían tener solo moderada efectividad⁽⁶⁾. Adicionalmente, se observa que no todo el personal de salud tiene acceso a entrenamiento, y los que lo tienen lo consideran inadecuado, ya que cada programa varía de duración y en muchos casos carece de estructura.

Algunos países de bajos recursos han introducido la inspección visual con ácido acético (IVAA) como programa nacional, ya que la técnica de ver y tratar disminuye la cantidad de visitas al médico y ha demostrado eficacia significativa para lesiones de alto grado^(6,7). No obstante, esta no es la estrategia más recomendada debido a sus limitaciones.

Actualmente se espera los resultados del estudio Estampa en Latinoamérica, donde se intenta delimitar el programa ideal de tamizaje para cáncer de cérvix en mujeres mayores de 30 años, evaluando diferentes estrategias⁽⁸⁾.

Difícilmente se podrá alcanzar la erradicación de este cáncer que es prevenible sin invertir en educación y en prevención primaria (vacuna contra el VPH en niños y niñas) y secundaria con las pruebas de tamizaje. La infraestructura puede resolver poco del problema si no se considera también el entrenamiento del personal. Los programas de especialización en las áreas competentes sin enfoque a los problemas sociales existentes en cada región hacen que el cáncer de cérvix siga siendo un problema de salud pública en los países de América Latina. A la falta de capacitación en el tema se le agrega la falta de habilidades técnicas para abordar a la mujer y crear una adecuada empatía que ayude a una mejor adherencia al seguimiento y tratamiento, perdiendo así la oportunidad de otorgar un buen servicio⁽⁹⁾. Los profesionales de la salud encuestados en este estudio han corroborado la inconformidad ante las políticas dadas en diversos países de la región en relación al tema.

CONCLUSIÓN

Los países en vías de desarrollo en América Latina necesitan una mayor inversión en políticas contra el cáncer de cérvix, así como también entrenamiento del personal correspondiente enfocado a este problema, que sigue sin resolverse.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrossi S, Paul Luis, Thouyaret L. Prevención del cáncer cervicouterino: recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH- Actualización 2015. Instituto Nacional del Cáncer; 2015. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cnt-manual_recomendaciones_tamizaje_2015_baja.pdf.
2. Cervical cancer action [Internet]. United States of America; 2015 [Citado el 15 de agosto 2019]. www.cervicalcanceraction.org.
3. Pan American Health Organization (PAHO) [Internet]. Washington: United States of America. Cáncer cervicouterino. [Citado el 02 de Agosto del 2019]. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637.
4. Lewis MJ. A situational analysis of cervical cancer: Latin America & the Caribbean. PAHO Library. 2004;7. <http://screening.iarc.fr/doc/pcc-cc-sit-lac.pdf>.
5. Gupta S, Palmer C, Bik EM, Cardenas JP, Nuñez H, Laurens Kraal, et al. Self-sampling for human papillomavirus testing: increased cervical cancer screening participation and incorporation in international screening programs. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:77. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00077.
6. Catarino R, Petignat P, Dongui G, Vassilakos P. Cervical cancer screening in developing countries at a crossroad: Emerging technologies and policy choices. *World J Clin Oncol*. 2015;10(6):281-90. doi: 10.5306/wjco.v6.i6.281.
7. Sowemimo OO, Ojo OO, B. Fasubaa OB. Cervical cancer screening and practice in low resource countries: Nigeria as a case study. *Trop J Obstet Gynaecol*. 2017 Dec;34. DOI: 10.4103/TJOG.TJOG_66_17.
8. World Health Organization (WHO). A multicentric study of cervical cancer screening and triage with HPV testing: The ESTAMPA study. Human Reproduction Programme. [Citado el 15 de agosto 2019]. https://www.who.int/reproductivehealth/projects/HRX17_ESTAMPA.pdf.
9. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachepe AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2017;19(2):129-43. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145251406010>.