

Nueva recomendación sobre el momento de iniciar el rastreo de cáncer de cuello uterino

New recommendation about the time to begin cervical uterine cancer screening

Recientemente (noviembre de 2009) el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (en inglés ACOG) se expidió del siguiente modo y con fuerza de recomendación de tipo A respecto del rastreo de cáncer de cuello uterino (CCU):

“...la detección del cáncer cervical se debe iniciar a partir de los 21 años de edad, independientemente de la historia sexual; desalentándose el rastreo antes de dicha edad ya que puede conducir a evaluaciones innecesarias o perjudiciales, y a realizar tratamiento en mujeres con riesgo muy bajo de cáncer...”¹

Vale destacar que las recomendaciones anteriores del ACOG proponían iniciar el rastreo luego de tres años del inicio de las relaciones sexuales.

El intervalo recomendado sigue siendo de dos años para las mujeres de 21 a 29 años de edad. Las mujeres mayores de 30 años de bajo riesgo -las que han tenido tres rastreos negativos consecutivos y que no tienen antecedentes de neoplasia intraepitelial cervical (en inglés CIN) grado 2 ó grado 3 (CIN2 ó CIN3); no están infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), no están inmunodeprimidas, y no fueron expuestas a dietilestilbestrol en el útero- pueden ampliar el intervalo de rastreo cada tres años (recomendación tipo A). Tanto el extendido Cervical en Base Líquida (“Thin Prep”) como los métodos convencionales de Papanicolau son aceptables para el cribado (recomendación tipo A). Las mujeres con antecedentes de histerectomía total cuya indicación fue una patología benigna y no tienen antecedentes de CIN de alto grado, no deben continuar realizando rastreo de cáncer de cuello uterino (recomendación tipo A). La combinación de citología de Papanicolau más una prueba de ADN para detectar el Virus del papiloma humano (HPV) es una alternativa apropiada para las mujeres mayores de 30 años.

En este sentido, cualquier mujer de bajo riesgo de 30 años o más, cuyo resultado en ambas pruebas haya sido negativo, no debe ser controlada nuevamente antes de los tres años (recomendación tipo A). Dado que el cáncer de cuello uterino (CCU) se desarrolla lentamente y que los factores de riesgo disminuyen en la edad avanzada, es razonable discontinuar su rastreo entre los 65 y 70 años de edad en aquellas mujeres que tienen tres o más resultados citológicos negativos y que no hayan tenido alteración alguna en los últimos diez años (recomendación tipo B). Los adolescentes menores de 21 años sexualmente activos deben recibir asesoría sobre pruebas para detección de infecciones de transmisión sexual, sexo seguro y anticoncepción. Estas medidas pueden llevarse a cabo sin la realización de citología cervical y, en la paciente asintomática, sin la introducción de un espéculo (recomendación tipo B). Las mujeres tratadas por CIN2, CIN3 ó cáncer continúan siendo un grupo de riesgo -de enfermedad persistente o recurrente- y deben continuar realizando pruebas anuales durante al menos 20 años (recomendación tipo B). Las mujeres histerectomizadas con extracción del cuello del útero e historia de CIN2 ó CIN3 -o en quienes no se pudo documentar su ausencia- deben mantener controles, inclusive después de su período de vigilancia post tratamiento. Considerando que el intervalo de cribado podría ampliarse, no hay datos suficientes para apoyar o refutar la interrupción de la pesquisa en esta subpoblación (recomendación tipo B). Independientemente de la frecuencia de los exámenes de citología cervical, los médicos también deben informar a sus pacientes que los exámenes ginecológicos deben ser anuales, aunque la citología de cuello uterino no se realice en cada visita (recomendación tipo C).

Las mujeres que han sido inmunizadas contra el VPH16 y VPH18 deben ajustarse al mismo régimen de rastreo que las no vacunadas (recomendación tipo C).

Comentario

En los países industrializados las tasas de mortalidad por CCU suelen ser aproximadamente diez veces menores que las de cáncer de mama. Sin embargo y lamentablemente, en Latinoamérica el CCU se ubica entre las primeras causas de muerte por cáncer en la mujer². La mortalidad por CCU se incrementó en Argentina (4,6 cada 100000 habitantes en 1988 y 1989; 4,88 en el período comprendido entre 1993 y 1996; y 4,9 entre 1997 y 2000)³. Por otro lado, al revisar las tasas de mortalidad por CCU entre las diferentes regiones, se observa para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una tasa de mortalidad por CCU de 3,7 cada 100000 habitantes, y para Salta una de 15,8/100.000 lo que expresa la desigualdad entre regiones y un acceso diferencial a servicios de salud y tratamiento. Datos más recientes informan que en 2008 un total de 26442 defunciones de mujeres en Argentina correspondieron a tumores malignos. El 9,5% fueron tumores malignos de útero - un total de 2514 muertes- de las cuales 1013 (40,9%) fueron CCU, 350 (13,92%) cáncer de cuerpo uterino y 1151(45,79%), no especificadas⁴. En realidad y más allá de estos números, ninguna mujer debería morir por CCU, siendo ésta una enfermedad prevenible, para la cual hay una extensa ventana de oportunidad de detección y tratamiento de lesiones, con muy alta probabilidad de curación, y generalmente, sin comprometer la fertilidad. Además, es ampliamente conocida entre los trabajadores de la salud y los decisores de salud pública, la importancia del rastreo con Papanicolau para la detección de lesiones premalignas y malignas.

Conclusiones de las comentaristas

Según estándares disponibles en este momento histórico, la muerte por CCU revela que la mujer no ha tenido acceso a cuidados de medicina preventiva relativamente sencillos y económicos en su implementación. Por lo tanto, representan muertes evitables y una falla del sistema de salud. Aclaramos que para que se lleve adelante un rastreo exitoso, no sólo debe ofrecerse la práctica del Papanicolau en forma masiva; sino que, como ya fuera documentado en la Ciudad de Buenos Aires⁵, ésta debe ser accesible (horarios, distancias, etc.); debe ser aceptada por la población (lo que implica la comprensión del concepto de prevención secundaria, discutir algunos mitos respecto de dicha práctica); debe ser realizada de acuerdo a los valores de las pacientes (ej. ambiente adecuado, cuidado del pudor); debe haber un mecanismo para asegurarse que las pacientes cuyos resultados sean “anormales” retornen al sistema de salud para su posterior evaluación y/o tratamiento; etc. El mismo Ministerio de Salud (MSAL) de la Nación Argentina admite el fracaso histórico de los programas de rastreo de CCU implementados en Latinoamérica, donde Argentina está obviamente incluida⁶.

En este sentido, celebramos que el MSAL se ha propuesto analizar este fracaso, tratando de comprender los puntos en los que el sistema de cuidados preventivos se quiebra y el rastreo no logra completarse.

Maria Florencia Grande Ratti [Alumna de la Carrera de Medicina del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires]

Vilda Discacciati [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar]

Recibido el 15/12/09 y aceptado el 01/02/10.

Grande Ratti MF y Discacciati V. Comentario de: Cervical.Nueva recomendación sobre el momento de iniciar el rastreo de cáncer de cuello uterino. Evid Act Pract Ambul. 13(1). 8-9. Ene-Mar 2010. **Comentado de: Cervical cytology screening. ACOG Practice Bulletin No. 109. American College of Obstetricians and Gynecologists.** Obstet Gynecol 2009;114:1409-20.

Referencias

1. Cervical cytology screening. ACOG Practice Bulletin No. 109. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2009;114:1409-20.
2. Politi, PM. Estadísticas de mortalidad por cáncer en la Argentina. Segunda Parte. <http://www.cancerteam.com.ar/poli113.html>
3. Mortalidad por tumores malignos, 1993-1996 y 1997-2000. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud, República Argentina. Buenos Aires, Junio 2002. Boletín Nro 96.
4. Estadísticas vitales, Información básica año 2008. Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud, República Argentina. Buenos Aires, Diciembre 2009. ISSN 1668-9054. Serie 5 - Número 52.
5. Giraud N, Discacciati V, Bakalar K, Basualdo N y Dreyer C. Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad de Buenos Aires. Arch Med Fam y Gen. Vol 3, Nro 2. Pag. 7-21. 2006.
6. Arrossi S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación de Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, OPS 2008. ISBN 978-950-710-114-4



Noticiero epidemiológico: Vacunación antigripal 2010

Actualmente, la vacuna antigripal disponible, es la vacuna monovalente para gripe A, o sea, protege solamente de la gripe A. Esta vacuna va a ser manejada exclusivamente por el Estado y se va a aplicar solamente en los vacunatorios de los hospitales públicos, proponiéndose dos etapas de vacunación.

Primera etapa

Personal de Salud: personas en contacto directo con pacientes o con muestras respiratorias.
Embarazadas (concurrir con documento).
Madres de niños menores de seis meses de edad (concurrir con documento).

Segunda etapa

Niños de seis meses a cinco años (concurrir con documento).
Personas con factores de riesgo (deben concurrir con una re-

ceta en la que figure causa de la indicación): inmunocompromiso (trasplante, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, medicación inmunosupresora, tumores, quimioterapia, etc.) insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis, diabetes u obesidad mórbida (índice de masa corporal mayor a 40).

Las fechas de inicio de las distintas etapas, serán comunicadas por el Ministerio de Salud, a través de los medios gráficos y televisión.

Vacuna trivalente: En abril, llegará a Argentina la vacuna trivalente: con una cepa de influenza A estacional, una cepa de influenza B estacional y la cepa H1N1 pandémica (gripe A). Esta vacuna estará disponible para el Estado y también para los centros privados, aunque en poca cantidad. Se utilizará sobre todo para personas mayores de 65 años.

Comité de control de infecciones. Sección infectología. Servicio de clínica médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

CURSOS PRESENCIALES



CURSO PRESENCIAL DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

Fechas de Realización: 14 y 15 de Mayo
Horario: viernes de 8 a 17 hs y sábado de 8 a 13 hs. | **Otras Fechas:** 6 y 7 de Agosto

Dirigido: a todos los profesionales de la salud que se encuentren comprometidos en ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Utilizando los últimos avances en materia de cesación tabáquica.

CURSO PRESENCIAL DE INTERVENCIONES INTENSIVAS EN CESACIÓN TABÁQUICA

Fechas de Realización:
Primer módulo: 27 y 28 de Agosto (1º módulo)
Segundo módulo: 17 y 18 de Septiembre (2º módulo)

Dirigido: a todos los profesionales del equipo de salud, médicos, enfermeros, bioquímicos, psicólogos, asistentes sociales y todos aquellos que se encuentren comprometidos en lograr que los pacientes dejen de fumar y que tengan conocimientos previos en intervenciones breves en cesación tabáquica.

PARA MÁS INFORMACION
FUNDACIÓN MF

Srta. Daiana Discoscía
Tel. (011)4959-0200 int. 5288 ó 4959-0381 - daiana.discoscia@fundacionmf.org.ar
www.fundacionmf.org.ar - www.foroaps.org