

Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España

S. Luengo Matos y A. Muñoz van den Eynde

Objetivo. Conocer el porcentaje de mujeres de 40 a 70 años en las que se ha realizado al menos una citología de Papanicolaou preventiva en los últimos 5 años (uso de la citología) y los factores asociados con el uso de la prueba.

Diseño. Encuesta poblacional.

Emplazamiento. Entrevistas en el hogar. Octubre de 2000.

Participantes. Un total de 2.409 mujeres de 40 a 70 años residentes en España. La tasa de no respuesta fue del 20,3%.

Mediciones principales. La variable dependiente es el uso de la citología, y las independientes, factores sociodemográficos, sociosanitarios y de información y actitudes. Se estimaron el uso de la citología y el intervalo de confianza (IC) del 95%, y mediante análisis univariable y multivariable los factores relacionados con el uso de la prueba.

Resultados. El 49,6% (IC del 95%, 47,6-51,6) de las mujeres se ha realizado la citología. Los factores asociados en mayor medida con el uso de la prueba son la intención de la mujer de realizársela (*odds ratio* [OR] = 4,76; IC del 95%, 3,40-6,65), no dejar de hacérsela por miedo al diagnóstico (OR = 3,22; IC del 95%, 1,77-5,85), la existencia de una citología previa (OR = 2,59; IC del 95%, 2,06-3,27) y la recomendación por parte del médico (OR = 2,44; IC del 95%, 1,93-3,09). Otros factores asociados son: considerar la citología necesaria, estatus socioeconómico alto/medio alto, cobertura sanitaria privada o mixta, edad de 40 a 50 años y municipio mayor de 100.000 habitantes.

Conclusiones. La mitad de las mujeres españolas de 40 a 70 años se ha realizado la citología. El uso de la prueba se relaciona especialmente con la actitud de la mujer. Los profesionales deberían tomar conciencia de la importancia de su papel en la citología de cribado.

Palabras clave: Citología vaginal. Papanicolaou. Cribado. Actitudes. Factores socioeconómicos.

USE OF PAP TESTS FOR CERVICAL CANCER SCREENING AND FACTORS RELATED WITH USE IN SPAIN

Objective. To determine the percentage of women aged 40 to 70 years who had had at least one preventive Pap test (cytological examination) during the preceding 5 years, and the factors associated with use of the test.

Design. Population survey.

Setting. Home interviews during October 2000.

Participants. 2409 women aged 40 to 70 years residing in Spain. The nonresponse rate was 20.3%.

Main measures. The dependent variable was use of the Pap test, and independent factors examined were sociodemographic, social and health-related factors, information and attitude. Use of Pap tests was estimated with a 95% confidence interval (CI), and univariate and multivariate analysis were used to identify factors related with use of the test.

Results. Almost half (49.6%; 95% CI, 47.6%-51.6%) of the women had had a Pap test. The factors associated most strongly with use of the test were intention to have the test done (*odds ratio* [OR], 4.76; 95% CI, 3.40-6.65), not having the test done because of fear of the diagnosis (OR, 3.22; 95% CI, 1.77-5.85), earlier testing (OR, 2.59; 95% CI, 2.06-3.27), and doctor's advice (OR, 2.44; 95% CI, 1.93-3.09). Other associated factors were considering the test necessary, upper or middle-upper socioeconomic status, access to private or combined private-public health care, age 40 to 50 years, and residing in a city with a population greater than 100 000.

Conclusions. Half of all Spanish women aged 40 to 70 years had had a Pap test. Use of the test was related most clearly with the woman's attitude toward the test. Health care professionals should be aware of the importance of their role in encouraging Pap tests for screening.

Key words: Vaginal cytological examination. Papanicolaou. Screening. Attitudes. Socioeconomic factors.

English version available at

www.atencionprimaria.com/66.101

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 234)

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Correspondencia: Setefilla Luengo Matos. AETS. Instituto de Salud Carlos III. Sinesio Delgado, 4. 28029 Madrid. España. Correo electrónico: sluenigo@isciii.es

Financiación: Proyecto de investigación Intramural del Instituto de Salud Carlos III (Expediente: 00/218).

Manuscrito recibido el 2 de junio de 2003. Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de septiembre de 2003.

Introducción

En los países desarrollados, las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix son muy bajas, lo que en gran parte se atribuye al cribado mediante la citología de Papanicolaou. Realizado con la adecuada calidad, se considera el mejor método disponible para la prevención de la enfermedad, aunque la evidencia de su eficacia proviene sólo de estudios observacionales^{1,2}.

Se recomienda la realización periódica de la citología a las mujeres sexualmente activas, especialmente con factores de riesgo, como infección por el virus del papiloma humano, promiscuidad sexual o estatus sociodemográfico bajo³. El grupo de edad de 35 a 65 años es el que más se beneficia de la citología, que no se considera necesaria a partir de los 65 años si la mujer se ha hecho citologías previas con resultados normales^{4,5}. La frecuencia más recomendada para la repetición de la prueba es cada 3-5 años, tras 2 exámenes anuales con resultados normales. Una periodicidad inferior aporta escasos beneficios e incrementa notablemente los costes⁴. El uso de la citología se ha relacionado con factores sociodemográficos, sociosanitarios y con la información y actitud de la mujer ante la prueba⁶⁻⁸.

En España se han desarrollado programas de cribado de cáncer de cérvix mediante la citología, la mayoría en el ámbito de la atención primaria. Los programas suelen ser de tipo oportunista y captan a las mujeres que establecen contacto con el sistema sanitario^{5,7}. Un programa de cribado poblacional no se considera prioritario, dada la baja incidencia y mortalidad de la enfermedad⁹. El cribado oportunista, sin embargo, se ha relacionado con una baja cobertura poblacional y una mayor realización de la prueba en mujeres jóvenes y sin factores de riesgo, cuando son justamente las mujeres mayores y de menor nivel socioeconómico las que más se benefician de la citología^{1,10,11}.

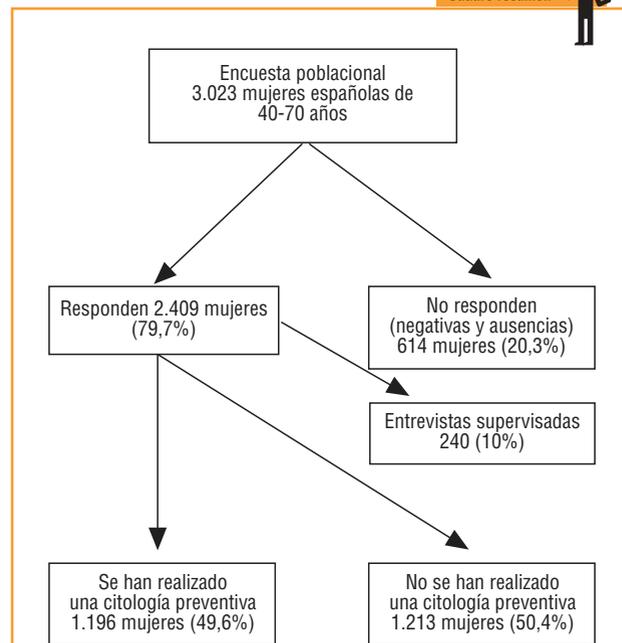
El objetivo de este estudio es conocer el porcentaje de mujeres de 40 a 70 años en las que se ha realizado al menos una citología preventiva en los últimos 5 años (uso de la citología) y los factores asociados con la realización de la prueba.

Material y métodos

Población de estudio

Se realizó una encuesta poblacional en mujeres de 40 a 70 años residentes en España (excepto Ceuta y Melilla). Se llevó a cabo un muestreo por conglomerados en etapas: a) primera etapa: secciones censales (estratificadas cruzando comunidad autónoma con tamaño de municipio dividido en 9 categorías: menos de 2.000 habitantes, 2.001-5.000, 5.001-10.000, 10.001-30.000, 30.001-50.000, 50.001-100.000, 100.001-200.000, 200.001-500.000 y más de 500.000 habitantes); b) segunda etapa: hogares, y c) tercera etapa: mujeres de 40 a 70 años residentes en di-

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Encuesta poblacional mediante entrevista a mujeres de 40 a 70 años que se han realizado en los últimos 5 años una citología vaginal.

chos hogares. Las secciones censales se seleccionaron por muestreo aleatorio simple y la asignación muestral por estratos fue proporcional al número de mujeres de 40 a 70 años en cada uno. Los hogares se seleccionaron mediante rutas aleatorias y se realizó una entrevista por hogar. Para calcular el tamaño de la muestra se asumió un 50% de realización de citología, un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo de ± 2 , utilizando la estimación del número de mujeres de 40 a 70 años en el año 2000 del Instituto Nacional de Estadística. La muestra obtenida es de 2.409 entrevistas de 3.023 mujeres contactadas, con una tasa de no respuesta (negativas más ilocalizables) del 20,3%.

Método

La recogida de información se realizó en octubre de 2000 mediante una entrevista personal en la que se utilizó un cuestionario estandarizado. El cuestionario fue probado en 30 mujeres de 3 municipios distintos y, con las modificaciones introducidas respecto a la comprensión de las preguntas, se elaboró el cuestionario definitivo. Las entrevistas se realizaron a través de una empresa especializada, con entrevistadoras específicamente entrenadas para usar el cuestionario. En caso de ausencia del domicilio, se realizaban 3 visitas en distintos horarios para obtener la entrevista. El cuestionario incluye la variable dependiente «uso de la citología» y las variables independientes «factores potencialmente relacionados con el uso de la prueba». Se explicó en qué consistía la citología a la mujer que lo desconocía. Las variables independientes se dividen en: a) sociodemográficas,

TABLA 1 Distribución de factores asociados con la realización de al menos una citología preventiva en los últimos 5 años

	n (%)		χ^2	p	OR	IC del 95%
	Con citología (n = 1.196)	Sin citología (n = 1.213)				
Variables sociodemográficas						
Edad (años)			183,38	< 0,0001		
40-50	276 (23,1%)	135 (11,1%)			5,40	4,01-7,27
46-50	232 (19,4%)	137 (11,3%)			4,47	3,31-6,05
51-55	233 (19,5%)	193 (15,9%)			3,19	2,39-4,25
56-60	196 (16,4%)	210 (17,3%)			2,46	1,84-3,30
61-65	145 (12,1%)	237 (19,5%)			1,62	1,20-2,18
> 65	114 (9,5%)	301 (24,8%)			1	
Estado civil			29,18	< 0,0001		
Soltera	41 (3,4%)	61 (5,0%)			1,19	0,75-1,90
Casada	1008 (84,3%)	930 (76,7%)			1,92	1,49-2
Divorciada/separada	45 (3,8%)	41 (3,4%)			1,95	0,20-3,17
Viuda	102 (8,5%)	181 (14,9%)			1	
Tamaño de municipio			49,364	< 0,0001		
< 2.000	78 (6,5%)	105 (8,7%)			1	
2.001-10.000	176 (14,7%)	225 (18,5%)			1,05	0,74-1,50
10.001-50.000	268 (22,4%)	354 (29,2%)			1,02	0,73-1,42
50.001-100.000	104 (8,7%)	120 (9,9%)			1,17	0,79-1,72
> 100.000	570 (47,7%)	409 (33,7%)			1,88	1,36-2,58
Estudios terminados			125,14	< 0,0001		
Menos que primarios/primarios	469 (39,2%)	750 (61,8%)			1	
Secundarios	623 (52,1%)	410 (33,8%)			2,43	2,05-2,88
Superiores	104 (8,7%)	53 (4,4%)			3,14	2,21-4,45
Situación laboral			39,9	< 0,0001		
Cuenta propia	77 (6,4%)	52 (4,3%)			1,72	1,20-2,48
Cuenta ajena	255 (21,3%)	155 (12,8%)			1,92	1,54-2,39
No trabaja	864 (72,2%)	1.006 (82,9%)			1	
Estatus socioeconómico			156,36	< 0,0001		
Alto	104 (8,7 %)	36 (3%)			8,79	5,53-13,96
Medio-alto	245 (20,5%)	138 (11,4%)			5,40	3,85-7,58
Medio	509 (42,6%)	453 (37,3%)			3,43	2,55-4,6
Medio-bajo	266 (22,2%)	366 (30,2%)			2,21	1,62-3,01
Bajo	72 (6%)	220 (18,1%)			1	
Número de hijos	2,48 ± 1,46	2,68 ± 1,70				U de Mann-Whitney (p < 0,01)
Número de embarazos	2,81 ± 1,69	3,03 ± 1,95				U de Mann-Whitney (p < 0,01)
Variables sociosanitarias						
Cobertura sanitaria			70,16	< 0,0001		
Pública	1.009 (84,4%)	1.147 (94,6%)			1	
Mixta (pública y privada)	167 (14,0%)	52 (4,3%)			3,65	2,64-5,04
Privada	20 (1,7%)	14 (1,2%)			1,62	0,82-3,23
Recomendación del médico	886 (74,1%)	396 (32,6%)	415,27	< 0,0001	5,90	4,94-7,03
Visitas al médico general en los últimos 3 años	1.104 (92,3%)	1.096 (90,4%)	2,90	0,089	1,281	0,96-1,70
Citología/s antes de 1995	872 (72,9%)	407 (33,6%)	374,55	< 0,0001	5,33	4,48-6,35
Sin historia de enfermedad ginecológica	1.000 (83,6%)	880 (72,5%)	43,02	< 0,0001	1,93	1,58-2,35
Familiar/amiga con cáncer de cérvix	230 (19,2%)	171 (14,1%)	11,44	0,001	1,45	1,17-1,80
Información y actitudes de la mujer ante el cáncer de cérvix y la citología						
Intención de realizarse una citología en el futuro	1.110 (93,7%)	557 (48,4%)	584,74	< 0,0001	15,76	12,14-20,45

(Continúa en la página siguiente)

TABLA 1 Distribución de factores asociados con la realización de al menos una citología preventiva en los últimos 5 años (*Continuación*)

	n (%)		χ^2	p	OR	IC del 95%
	Con citología (n = 1.196)	Sin citología (n = 1.213)				
Considerar la citología necesaria aun sintiéndose bien			388,91	< 0,0001		
Necesaria	1.129 (94,3%)	738 (60,8%)			10,83	8,25-14,22
No necesaria	67 (5,7%)	475 (39,2%)			1	
Percepción de la citología			7,101	0,005		
Segura	1.058 (94,3%)	915 (93,5%)			1,53	1,12-2,09
Con riesgos	64 (5,7%)	64 (6,5%)			1	
Cura de cáncer de cérvix con detección precoz			16,77	< 0,0001		
Se cura, muchas posibilidades	1.065 (92,2%)	997 (87,0%)			1,77	1,34-2,33
Poca o ninguna posibilidad de cura	90 (7,8%)	149 (13,0%)			1	
Probabilidad cáncer de cérvix respecto a mujeres de su edad			0,029	0,873		
Mayor	84 (7,2%)	83 (7,0%)			1,031	0,75-1,41
Menor o igual	1.090 (92,8%)	1.107 (93,0%)			1	
No dejar de hacerse la prueba por miedo al diagnóstico				60,80	< 0,0001	
	1.174 (98,4%)	1.104 (91,4%)			5,82	3,54-9,55
No dejar de hacerse la prueba por incomodidad			70,06	< 0,0001		
	1.166 (97,7%)	1.078 (89,3%)			5,17	3,39-7,88

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

entre ellas, el estatus socioeconómico, obtenido del cruce de las variables nivel de estudios y ocupación; *b*) sociosanitarias, y *c*) variables de información y actitudes. Se estudió la fiabilidad en una muestra aleatoria de 240 mujeres, a través de una empresa especializada distinta a la que había realizado las entrevistas. A través de una llamada telefónica se volvió a preguntar a las mujeres sobre la realización de la citología y el motivo para hacérsela. Las correlaciones fueron significativas: 0,65 y 0,54 ($p < 0,01$), respectivamente.

Análisis estadístico

Se estimó el porcentaje de mujeres con al menos una citología preventiva en los 5 años previos a la entrevista y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Se realizó un análisis univariable de asociación entre cada factor y la variable dependiente, utilizando el test de la χ^2 para las variables categóricas y el test de la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. La magnitud de la asociación (*odds ratio* [OR] e IC) se calculó con referencia a la categoría de la variable con un menor porcentaje de mujeres con citología. Se realizó un análisis multivariable de regresión logística por valorar el peso de los factores de forma independiente. El paquete estadístico utilizado es SPSS 10.0.

Resultados

El 49,6% (IC del 95%, 47,6-51,6) de las mujeres se ha realizado al menos una citología en los últimos 5 años. El análisis univariable (tabla 1) muestra que los factores con mayor magnitud de asociación con el uso de la prueba son la intención de hacérsela en el futuro (OR = 15,76; IC del 95%, 12,14-20,45), considerar la citología necesaria aun sintiéndose bien (OR = 10,83; IC del 95%, 8,25-14,22), el estatus socioeconómico alto (OR = 8,79; IC del 95%,

5,53-13,96) y medio-alto (OR = 5,40; IC del 95%, 3,85-7,58), la recomendación del médico (OR = 5,90; IC del 95%, 4,94-7,03) y no dejar de realizarse la citología por miedo al diagnóstico de cáncer (OR = 5,82; IC del 95%, 3,54-9,55). El uso de la citología se asocia también con otros factores, como estado civil, tamaño del municipio de residencia, nivel de estudios terminados, situación laboral, número de hijos, número de embarazos, cobertura sanitaria, la realización de citología antes de los últimos 5 años, tener algún familiar o amiga con cáncer de cérvix, la percepción de la citología como prueba segura, la percepción de que el cáncer de cérvix se puede curar con detección precoz, y no dejar de hacerse la prueba por incomodidad. No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el uso de la citología y las visitas al médico general en los últimos 3 años, y la percepción de probabilidad de cáncer de cérvix respecto a las mujeres de su edad. En el modelo ajustado (tabla 2), las categorías de los factores se agruparon por OR similares. Aparte de la ausencia de enfermedad ginecológica, los factores asociados en mayor medida con el uso de la citología son la intención de realizarse la prueba (OR = 4,76; IC del 95%, 3,40-6,65), no dejar de hacerse la citología por miedo al diagnóstico (OR = 3,22; IC del 95%, 1,77-5,85), la existencia de citología previa (OR = 2,59; IC del 95%, 2,06-3,27), la recomendación de la prueba por parte del médico (OR = 2,44; IC del 95%, 1,93-3,09), y considerar la citología necesaria sintiéndose bien (OR = 2,42; IC del 95%, 1,67-3,50). Otros factores asociados con el uso de la prueba son: el estatus socioeconómico alto/medio-alto, la cobertura sanitaria privada o mixta, la edad de 40-50 años en relación con

TABLA 2 Factores asociados con el uso de citología preventiva en los últimos 5 años, en el modelo multivariable de regresión logística

Variable	OR	IC del 95%
Intención de realizarse una citología en el futuro	4,76	3,40-6,65
Sin historia de enfermedad ginecológica	4,54	3,51-5,87
No dejar de hacerse la prueba por miedo al diagnóstico	3,22	1,77-5,85
Recomendación de la citología por parte del médico	2,44	1,93-3,09
Considerar la citología necesaria aun sintiéndose bien	2,42	1,67-3,50
Tamaño de municipio		
> 100.000 habitantes	1,42	1,14-1,78
Hasta 100.000 habitantes	1	
Edad (años)		
40 a 50	1,45	1,16-1,82
≥ 51	1	
Estatus socioeconómico		
Alto/medio alto	2,15	1,42-3,26
Medio/medio bajo	1,64	1,16-2,33
Bajo	1	
Cobertura sanitaria privada o mixta	1,76	1,21-2,55
Citología/s antes de 1995	2,59	2,06-3,27
-2 log de la verosimilitud = 2.152,4; R ² de Nagelkerke = 0,490		
Poder predictivo		
Mujeres sin citología preventiva correctamente clasificadas: 75,7%		
Mujeres con citología preventiva correctamente clasificadas: 81,6%		
Total mujeres correctamente clasificadas: 78,7%		

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

51-70 años, y el tamaño del municipio mayor de 100.000 habitantes. El modelo predice correctamente el 78,7% de los casos en el total de la muestra y el 81,6% en las mujeres con citología.

Discusión

La citología de cribado es una práctica común y extendida en las mujeres de los países desarrollados^{6,12}. No obstante, encontramos que la mitad de las mujeres españolas de 40 a 70 años no se ha realizado la prueba en los últimos 5 años.

El contacto de la mujer con los servicios de salud determina en gran medida la realización de la citología¹³. En nuestro estudio, sin embargo, el uso de la prueba no se asocia con las visitas de la mujer al médico general, a pesar del desarrollo de programas de cribado de cáncer de cérvix desde la atención primaria. Esta falta de asociación puede estar relacionada con la frecuente realización de la citología a través del ginecólogo¹⁴. Encontramos que la recomendación del médico se asocia con el uso de la citología; sin embargo, la recomendación de la prueba no es común entre los profesionales sanitarios¹⁵. En nuestro estudio, los

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El cribado de cáncer de cérvix mediante la citología de Papanicolaou se considera el mejor método disponible para disminuir la incidencia y mortalidad por la enfermedad.
- En España se han desarrollado programas de cribado de cáncer de cérvix, sobre todo en el ámbito de la atención primaria.
- No todas las mujeres españolas que pueden beneficiarse de la citología de cribado se realizan la prueba.

Qué aporta este estudio

- La mitad de las mujeres españolas de 40 a 70 años se ha realizado una citología preventiva en los últimos 5 años.
- Los factores más relevantes en el uso de la citología son los relacionados con la actitud de la mujer. No obstante, la citología es menos frecuente en las mujeres mayores de 50 años, de menor estatus socioeconómico y residentes fuera de las grandes ciudades.
- Los profesionales de atención primaria deberían tomar conciencia de la importancia de su papel en el cribado de cáncer de cérvix.

factores más relevantes en el uso de la citología son los relacionados con la actitud de la mujer. Se ha comprobado que el desconocimiento del cáncer de cérvix y de la citología, el miedo al examen ginecológico o al diagnóstico de cáncer son barreras importantes para la realización de la prueba^{1,7}. Creemos interesante profundizar, en futuros estudios, en los factores implicados en la intención de la mujer de hacerse la prueba. Encontramos, como otros autores, que la citología es más frecuente en las mujeres más jóvenes (en nuestro estudio, menores de 50 años), de estatus socioeconómico más elevado y con cobertura sanitaria privada^{6,8}. Las mujeres con un seguro sanitario privado suelen utilizar más los servicios preventivos, y las visitas al ginecólogo son más frecuentes en un determinado nivel educativo y social⁶. En nuestro trabajo, el mayor nivel de estudios se asocia con el uso de la citología en el análisis univariable pero no en el multivariable, posiblemente por cierta asociación entre edad y nivel de estudios. Encontramos, como otros autores, que las mujeres residentes en núcleos urbanos se hacen más citologías de cribado que las de áreas rurales¹⁶.

Las principales limitaciones de este estudio son las inherentes a un diseño transversal y la obtención de la información a través de la propia mujer. No obstante, la información proporcionada por la mujer parece ser bastante exacta⁸. Consideramos que los profesionales de atención primaria deberían tomar conciencia de la importancia de su papel en el cribado de cáncer de cérvix y en el acceso de las mujeres que más pueden beneficiarse de la citología y no la reciben.

Bibliografía

- Noorani HZ, Arratoon C, Hall A. Assessment of techniques for cervical cancer screening. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 1997. COHTA Report 1997:2E.
- Sánchez-Seco P. Cáncer de cérvix uterino. Semergen 2002;28:145-52.
- Torrejón R. Factores de riesgo de cáncer uterino. Estrategias de prevención. Salud total de la mujer 2002;4:23-31.
- Gálvez-Ibáñez M, González-Enríquez J, Lubián-López M. Cribado de cáncer de cérvix. A quién y cuándo. Aten Primaria 1998;21:234-9.
- Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- Borrás JM, Guillén M, Sánchez V, Juncà S, Vicente R. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). Eur J Cancer Prev 1999;8:427-34.
- Risendal B, DeZapien J, Fowler B, Papenfuss M, Giuliano A. Pap smear screening among urban south-western American Indian women. Preventive Medicine 1999;29:510-8.
- Mandelblat JS, Gold K, O'Malley AS, Taylor K, Cagney K, Hopkins J, et al. Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: role of age, health and source of care. Preventive Medicine 1999;28:418-25.
- Segura-Benedicto A, Spagnolo-de-la Torre E, Sanz-Menéndez S, Andrés-Martínez J. El caso del cáncer de cuello uterino y la frivolidad de la prevención masiva. Aten Primaria 1994;13:516-9.
- Cerdá Mota T, Fernández Pampillón ME, Puime Montero P, Lorenzo García V. Enquisa de saúde sanitaria y social às mulleres. Galicia 2000. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Saúde Pública, 2000.
- Olazábal-Ulacia JC, Montero-Luengo J, Pastor-Mateos F, Alario-García MJ, García-Paniagua R, García-Gutiérrez JF. Diez años de citologías de cérvix uterino en un centro de salud. Aten Primaria 1997;20:293-8.
- Snider JA, Beauvais JE. Pap smear utilization in Canada: estimates after adjusting the eligible population for hysterectomy status. Chronic Dis Can 1998;19:19-24.
- Larsen LPS, Olesen F. Characteristics of subgroups of attenders and non-attenders in an organised screening programme for cervical cancer. J Med Screening 1996;3:133-9.
- Luengo S, Muñoz A. El uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz de cáncer de mama y de cérvix en España. N.º 34. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, 2003.
- Scott-Conner C, Christie DW, McGehee R, Anglin BL, Heatherington R. Breast and cervical carcinoma screening services: physicians' perceptions of need. J MSMA 1996;809-15.
- Anderson LM, May DS. Has the use of cervical, breast, and colorectal cancer screening increased in the United States? Am J Public Health 1995;85:840-2.

COMENTARIO EDITORIAL

Prevención del cáncer de cérvix. ¿Cuál es nuestra realidad?

L. Sánchez Beiza

Médica Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Madrid. España.

La incidencia del cáncer de cérvix está en franca disminución en toda Europa, sin embargo, la evidencia de que esa regresión de los casos se debe al cribado de la población femenina mediante la citología cervicovaginal o test de Papanicolaou no es sencilla de demostrar. Éticamente, no se podría sostener un ensayo clínico en 2 poblaciones femeninas semejantes, en el que a una de ellas no se le realizase esta prueba a lo largo de varios años y a otra sí, para tratar de hallar diferencias en la morbimortalidad por cáncer de cérvix entre ambos grupos.

Por tanto, nos vemos obligados a estudiar los resultados de la prevención del cáncer de cérvix a partir de estudios ob-

servacionales realizados en poblaciones en las que otros factores (cambio en los hábitos sexuales, normas de higiene, métodos contraceptivos de barrera, mejoras en las condiciones sanitarias de los hogares, etc.) son muy difíciles de controlar.

Si bien el cáncer de cérvix es el segundo cáncer femenino en todo el mundo, la gran mayoría (80%) de las mujeres que lo padece vive en los países menos desarrollados.

En nuestro país, la incidencia es tan baja que nos sitúa entre los 2 países con menores tasas del mundo. La mortalidad debida a cáncer de cérvix representa el 0,3% de todas las muertes en mujeres.

Puntos clave

- El conocimiento de la historia natural del cáncer de cérvix es insuficiente.
- La asociación entre virus del papiloma humano y el cáncer de cérvix es fuerte, consistente y específica. Sin embargo, la infección por dicho virus (sin valorar la citología) tiene bajo valor predictivo para el desarrollo de cáncer de cérvix.
- La mitad de las mujeres españolas de 40 a 70 años se ha realizado al menos una citología en los últimos 5 años.
- Se necesitan estudios que evalúen el impacto de los programas ya consolidados en España sobre la mortalidad por este cáncer en las diversas comunidades españolas.

Se sabe que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cérvix y las lesiones precursoras de éste tienen una asociación fuerte, consistente y específica. Existen 30 tipos que pueden infectar el cérvix. Aunque esta asociación se ha demostrado en los tipos 16 y 18, el resto también podría estar relacionado. Existen métodos para la detección de esta infección: Southern blot, la técnica más sensible, aunque cara y complicada, o la técnica de Dot blot, que requeriría hasta hace pocos años sustancias radiactivas para su revelado, aunque este problema se podría solventar con el método de captura de híbridos en fase líquida. Sin embargo, la utilización sistemática de estos métodos está lejos de recomendarse debido al insuficiente conocimiento que tenemos sobre la historia natural de la enfermedad.

La demostración de infección por VPH tiene una baja especificidad y un reducido valor predictivo para el posterior desarrollo del cáncer de cérvix.

Sin embargo, el valor predictivo de Papanicolaou en caso de ASCUS (atipia de significado indeterminado en células escamosas) y en lesiones de bajo grado aumentaría si se pudiera determinar en esas mujeres la infección por VPH. Otros factores de riesgo, aunque con menor evidencia, serían la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la precocidad en las relaciones sexuales y el número de parejas, el estatus socioeconómico bajo, el tabaquismo y la dieta pobre en carotenos y vitaminas A y C.

Este interesante estudio, a través de una encuesta poblacional, realizado por las doctoras Setefilla Luengo y Ana Muñoz, gracias al Proyecto de Investigación Intramural financiado por el Instituto de Salud Carlos III: «Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España.»

En él, las autoras encuentran que sólo el 49% de las mujeres de 40 a 70 años se ha realizado al menos una citología en los últimos 5 años.

Los factores que se asocian con el uso de la prueba son: la intención de hacérsela en el futuro, considerar la citología como necesaria aun estando asintomáticas, no dejar de hacérsela por miedo al diagnóstico, la existencia de una citología previa y la recomendación por parte de su médico de hacérsela.

La realización de la prueba se relaciona, según este estudio, con el estatus alto o medio-alto (grupos en los que la incidencia es menor, una paradoja derivada posiblemente de la atención que este sector de la población femenina recibe en la medicina privada), tener cobertura sanitaria privada o mixta, una edad entre 40 y 50 años y habitar en un municipio de más de 100.000 habitantes. También se asocia con otros factores, como estado civil, tamaño del municipio en que residen las mujeres entrevistadas, nivel de estudios terminados, situación laboral, número de hijos, número de embarazos, cobertura sanitaria, haberse realizado una citología en los últimos 5 años, tener en su entorno a una mujer con cáncer de cérvix, la percepción de la citología como prueba segura y la percepción de que el cáncer de cérvix se puede curar.

Después de más de 20 años de la reforma de nuestro sistema sanitario, nos cuesta aceptar que más de la mitad (el 51%) de las mujeres asintomáticas no se ha realizado ninguna citología en los últimos 5 años. Además, existe el agravante de que la población de menores recursos, atendida casi exclusivamente en el ámbito sanitario público, es la que más podría beneficiarse de esta intervención preventiva. Las autoras no encuentran una asociación con significación estadística entre la realización de la prueba y las visitas al médico general en los últimos 3 años y la percepción de probabilidad de cáncer de cérvix con respecto a las mujeres de su edad.

Del estudio parece desprenderse que los profesionales sanitarios y la población general carecen aún de la sensibilización suficiente frente a este problema de salud.

Sin embargo, antes de tomar una decisión sanitaria que implique dedicar más esfuerzos y recursos a esta actividad preventiva, deberemos evaluar los factores que le otorgarían una baja eficiencia en nuestro medio:

- La baja frecuencia de este tumor hace que la prueba tenga un valor predictivo menor.
- El escaso conocimiento de la historia natural de la enfermedad. Se desconoce qué porcentaje de las lesiones premalignas evolucionarían a cáncer de cérvix y cuántas regresarían sin tratamiento.
- La alta proporción de falsos negativos y falsos positivos de la citología hallada en estudios realizados en países desarrollados con programas de prevención de varias décadas, como el Reino Unido, Estados Unidos y Canadá.
- Las clasificaciones diferentes que aún hoy se utilizan en los distintos laboratorios de anatomía patológica, tanto de hospitales públicos como de clínicas privadas.

– Por último, la baja participación de las mujeres, especialmente de las que forman parte de la población de riesgo.

Recomendaciones del PAPPs

Atendiendo a las características epidemiológicas y basándose en la evidencia científica y con una prudencia digna de destacar, el PAPPs, en su actualización de 2003 concluye:

- Se recomienda proporcionar el consejo apropiado sobre protección en los contactos sexuales.
- Se recomienda realizar el test de Papanicolaou. Al principio, 2 tests con una periodicidad anual y, después, cada 5 años en mujeres sexualmente activas de 35 a 65 años. (A las mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerán 2 tests con periodicidad anual y si son normales no se propondrán más intervenciones.)
- Se recomienda la búsqueda activa de mujeres con factores de riesgo.

Estas recomendaciones suponen un menor número de intervenciones a lo largo de la vida de la mujer que las que recomiendan la Canadian Task Force y la US Preventive Services Task Force. Ambos organismos proponen intervenciones más precoces y frecuentes.

A la luz de los conocimientos sobre la epidemiología en España, ¿deberían los profesionales de atención primaria trabajar para extender el uso de esta prueba? Creemos que las recomendaciones del PAPPs son prudentes y se hacen eco de las evidencias aún no concluyentes que existen sobre algunos aspectos de la prevención de este cáncer.

A la luz de los resultados del estudio de Luengo y Muñoz, deberíamos dedicar más esfuerzos en llegar a los grupos de mayor riesgo y, en especial, a las mujeres inmigrantes a las que atendemos, casi exclusivamente, en nuestro sistema sanitario público, ya que casi todas ellas forman parte de

un colectivo «de riesgo»: en la mayoría de los casos proceden de países en los que la incidencia de esta enfermedad es mayor que en nuestro país, los matrimonios son más precoces, son distintas las tasas de fecundidad que las de la población española y suelen pertenecer a grupos socioeconómicos deprimidos.

¿Qué futuro tiene la prevención del cáncer de cérvix? ¿Se dispone en los próximos años de una vacuna inoculable a mujeres de riesgo medio-alto? ¿Las diversas técnicas para detectar la infección viral por el VPH serán sencillas y podrán ofrecerse a las mujeres que presenten lesiones de bajo grado de malignidad o a las de alto riesgo, como inmigrantes procedentes de países con una elevada prevalencia de cáncer de cérvix, las portadoras de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o sida y a las mujeres heterosexuales con múltiples parejas? Resultan muy útiles los datos obtenidos por la investigación de Luengo y Muñoz. Sin embargo, aún son muchos los interrogantes que se plantean al valorar la posibilidad de dedicar más recursos para impulsar los programas de prevención del cáncer de cérvix en la población general de España.

De cualquier forma, con la información adecuada y según los recursos disponibles se podrá ajustar la priorización que la prevención de este cáncer femenino debe tener entre otros que producen igual o mayor morbimortalidad en las mujeres que atendemos.

Bibliografía

1. Cierco P, González J, Melús E, Bellas B, Nuin M, Marzo M. Prevención del Cáncer. Aten Primaria 2003;32:45-56.
2. Luengo S, Muñoz A. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. Aten Primaria 2004;33:229-36.