



ORIGINAL

Campaña de lucha contra el cáncer de cuello uterino en Guinea-Bissau. Estudio de las citologías de un trimestre

J. Lopez-Olmos ^{a,*} y J. Gasull ^b

^a Unidad de Ginecología, Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia, España

^b Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Recibido el 18 de mayo de 2012; aceptado el 29 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 15 de febrero de 2013

PALABRAS CLAVE

Citología;
Cáncer de cérvix;
Tricomonas;
Lesión escamosa
intraepitelial de bajo
grado;
Mortalidad neonatal

Resumen

Objetivo: Estudio de las 300 citologías de un trimestre, dentro de la campaña de lucha contra el cáncer de cuello uterino en Guinea-Bissau.

Diseño: Comparación con 880 citologías correspondientes a un mes, de pacientes de nuestro hospital, para ver infecciones vaginales y lesiones cervicales.

Resultados: Encontramos diferencias significativas en infección por Tricomonas, $p < 0,001$ (2% frente a 0,34%) y en lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado, $p = 0,05$ (2% frente a 0,68%), con mayor incidencia en las mujeres de Guinea-Bissau. Se detectó un caso de cáncer de cérvix, en una gran multípara de 75 años. La media de hijos muertos en estas mujeres es 2 (entre 1 y 8).

Conclusiones: Es evidente la necesidad de un programa de detección precoz de cáncer de cérvix en este país, permanente, junto a planificación familiar, cuidado prenatal y asistencia obstétrica, a fin de evitar también la mortalidad neonatal.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cytology;
Cervical cancer;
Tricomonal infection;
Low-grade squamous
intraepithelial lesion;
Neonatal mortality

Campaign against uterine cervical cancer in Guinea-Bissau. Study of cytologies from a single trimester

Abstract

Objective: To study 300 cytologies from a single trimester, within a campaign against uterine cervical cancer in Guinea-Bissau.

Design: We compared 300 cytologies from Guinea-Bissau with 880 cytologies performed in a single month in autochthonous women attending our hospital for vaginal infections and cervical lesions.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezo@sego.es (J. Lopez-Olmos).

Results: Significant differences between women in Guinea-Bissau and autochthonous women were found in Trichomonas infection (2% versus 0,34%, respectively; $P < .001$) and in low-grade squamous intraepithelial lesions (2% versus 0,68%, respectively; $P = .05$). One case of cervical cancer was detected in a 75-year-old multiparous woman. The mean number of deceased children in these women was 2 (range 1-8).

Conclusions: To avoid both cervical cancer and neonatal mortality, a permanent program for the early detection of cervical cancer in Guinea-Bissau is clearly needed, together with family planning, prenatal care and obstetric assistance.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La República de Guinea-Bissau es un país del oeste de África, uno de los más pequeños del África continental. Fue colonia portuguesa y se independizó en 1974. Su economía está basada en la agricultura y la pesca. Tiene población étnica diversa, con múltiples idiomas, costumbres y estructuras sociales. El 99% son negros. El idioma oficial es el portugués, que solo habla el 14% de la población. En 2006, la población era de 1.500.000 habitantes¹.

La asociación «Mujer y Madre»² es una institución privada, de carácter laico, democrática y participativa, carente de ánimo de lucro e independiente de toda organización de tipo político, sindical o empresarial, cuyo objetivo principal es la promoción de la salud reproductiva de la mujer, especialmente la salud materno-infantil, en los países más empobrecidos del mundo. Se basan en la colaboración desinteresada de voluntarios. Uno de los países africanos en los que trabajan es Guinea-Bissau.

La principal causa de muerte en la población femenina africana en edad reproductiva (15-45 años) sigue siendo el embarazo y el parto complicados, y no otro tipo de enfermedades, endémicas como el paludismo, la tuberculosis (TBC) o el sida. En otro orden de cosas, es necesario fomentar hábitos de salud dirigidos especialmente a las mujeres en edad reproductiva. En países pobres se da la explosión demográfica, porque las mujeres carecen de información y de medios, de libertad para evitar embarazos no deseados. La planificación familiar es la medida más eficaz para luchar contra la pobreza³. Es la mujer la que debe decidir su vida; el aborto es un trauma, pero la maternidad es muy importante como para dejarla al azar.

El programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino es otra medida para la salud de la mujer. Se realiza la citología cervicovaginal a las mujeres, por medio de ginecólogos que se desplazan al país y hacen su trabajo de forma completamente altruista. Son 2 para la consulta y el diagnóstico, y otros 2 más un anestesista para las intervenciones. Las citologías nos las remiten, como comentaremos luego.

En este trabajo, en la campaña de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino de 2011, último trimestre (octubre-diciembre), en Guinea-Bissau, estudiamos las citologías que nos remitieron y las comparamos con las de un grupo control de mujeres autóctonas, para ver las diferencias entre países del primer y tercer mundo.

Material y métodos

Las citologías cervicovaginales de mujeres de Guinea-Bissau (300) de 2 poblaciones (Farim y Canchungo) al norte del país, recogidas por ginecólogos voluntarios en la campaña de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, correspondientes al cuarto trimestre de 2011 (octubre-diciembre), nos fueron remitidas a uno de nosotros (JG) como colaborador desinteresado. Se envían en cajas sin teñir ni montar. Se da un plazo de un mes para el diagnóstico desde la recepción de las muestras. Todo el trabajo posterior hasta hacer el diagnóstico citológico, de la forma habitual, es lo que nosotros hacemos. Posteriormente, remitimos los resultados.

Estas 300 citologías las comparamos con un grupo control de 880 citologías de mujeres autóctonas, correspondientes a pacientes de nuestro hospital del año 2007, durante el mes de junio.

Las citologías patológicas deben ser firmadas por un patólogo, y nosotros contamos con uno, también colaborador desinteresado.

En el estudio estadístico, comparamos los datos del grupo estudio y el grupo control. Los datos cuantitativos, con rango, media y desviación estándar, se comparan con la t de Student para medias. La significación estadística la consideramos con la $p < 0,05$. Los datos cualitativos, expresados en porcentaje, se comparan con la χ^2 de Pearson, chi cuadrado, también con una significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados

Las citologías de las mujeres de Guinea-Bissau son 300, 75 de Farim y 225 de Canchungo, correspondientes al cuarto trimestre de 2011. Las citologías de control son 880, de mujeres atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia (España), correspondientes al mes de junio de 2007.

En la tabla 1 presentamos los datos cuantitativos de: edad, gestaciones, partos y abortos, y números de hijos muertos. La edad se sitúa entre los 17 y los 75 años, con una media de 33,38 años. Al comparar con el grupo control, edad está entre los 16 y los 43 años, con una media de 32,34 años; no hay diferencias significativas. Las gestaciones, entre 0 y 14; media 4,26. Los partos, entre 0 y 11; media 3,83. Los abortos, entre 0 y 4; media 0,43. Hay muchos embarazos

Tabla 1 Edad, paridad, abortos e hijos muertos

Grupo de estudio (n = 300)			
	Rango	Media	Desvío
Edad	17-75	33,38	9,7
Gestaciones	0-14	4,26	3,002
Partos	0-11	3,83	2,71
Abortos	0-4	0,43	0,79
Hijos muertos	*1-8	1,984	1,49
Grupo control (n = 880)			
	Rango	Media	Desvío
Edad	16-43	32,34	6,96
Significación estadística			
	t	p	
Comparación de edades	1,73	No significativa	

y partos, pero pocos abortos. En cambio, lo que llama la atención son los hijos muertos, entre uno y 8, media 2.

Las gestantes actuales eran 6 de Farim y 49 de Canchungo; en total 55 casos (18,33%).

Nuligestas eran una de Farim y 21 de Canchungo, en total 22 (7,33%). Estos casos corresponden a las más jóvenes. Aquí, la esterilidad no es un problema.

En la tabla 2 se presentan los resultados de la citología en infecciones y lesiones. En el grupo estudio, las infecciones fueron: un 5,66% de vaginosis bacteriana; un 7% de candidiasis; un 2% de Tricomonas y un 0,33% de candidiasis + vaginosis bacteriana. Hubo diferencias significativas con el grupo control, p < 0,001 en Tricomonas, más en mujeres de Guinea-Bissau.

En el grupo estudio, las lesiones fueron: 0,33% atipias glandulares de significado incierto; 1,33% atipias escamosas de significado incierto; 2% lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL); de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) no hubo ningún caso. Pero hubo

un caso de cáncer epidermoide (0,33%), en una mujer de Canchungo de 75 años, con 7 partos y 3 hijos muertos. No hubo diferencias significativas, excepto en LSIL, p = 0,05, mayor en las mujeres de Guinea-Bissau.

En resumen, hay diferencias significativas en estas mujeres respecto a las de nuestra población, en más infecciones por Tricomonas (p < 0,001; 2% frente a 0,31% [tasa de nuestro hospital en 2000-2009])⁴, y en mayor frecuencia de LSIL (2% frente a 0,68%; p = 0,05). Sobre 300 citologías solo se detectó un cáncer de cuello uterino, en una mujer de 75 años, gran multipara, uno de los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

Discusión

La disminución del cáncer de cérvix está en relación con el despistaje de la población por la citología, la colposcopia y la biopsia. La eficacia del diagnóstico precoz está probada⁵. En lo que respecta a la citología, su práctica anual lleva a la costumbre de una revisión clínica, aunque en situaciones de bajo riesgo se puede dilatar en el tiempo. La colposcopia y la biopsia dan el diagnóstico seguro para el tratamiento adecuado, aunque una lesión macroscópica sospechosa debe biopsiarse independientemente de la citología. Con virus del papiloma humano (VPH) positivo, debe hacerse un seguimiento preventivo riguroso. La educación sexual es para eliminar las conductas de riesgo de contagio de la infección por VPH.

Gage y Castle⁶ hablan de prevenir el cáncer de cérvix globalmente por actuaciones locales, y se preguntan, si no ahora, ¿cuándo? El cáncer de cérvix es un problema de salud pública y causa de muerte en las mujeres. La vacuna contra el VPH no previene el 30% de cáncer invasivo. Si fuera de coste reducido, la vacuna se implementaría globalmente, lo que ahora no es posible. Tardaría 30 años en conseguirse, y habría 20 millones de casos más de cáncer, en países no desarrollados. Por eso sugieren hacer prueba de VPH-ADN y crioterapia inmediata para los casos positivos, lo que redundaría en una mejor prevención de CIN II-CIN III.

Tabla 2 Citologías, infecciones y lesiones. Comparativa con grupo control

	Grupo estudio (n = 300)		Grupo control (n = 880)		SE	p
	N	%	N	%		
<i>Infecciones</i>						
Vaginosis bacteriana	17	5,66	34	3,86	1,73	NS
Candidiasis	21	7	42	4,77	2,17	NS
Tricomonas	6	2	3	0,34	8,16	< 0,001
Candidiasis + vaginosis bacteriana	1	0,33	0	0	2,79	NS
<i>Lesiones</i>						
AGUS	1	0,33	0	0	2,79	NS
ASCUS	4	1,33	5	0,57	1,732	NS
LSIL	6	2	6	0,68	3,848	0,05
HSIL	0	0	1	0,11	0,41	NS
Cáncer epidermoide	1	0,33	0	0	2,79	NS

AGUS: atipias glandulares de significado incierto; ASCUS: atipias escamosas de significado incierto; HSIL: lesión escamosa intraepitelial de alto grado; LSIL: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; NS: no significativo; SE: significación estadística.

(neoplasia intraepitelial cervical) en población de riesgo. El VPH negativo da 5-10 años de seguridad frente a lesiones precancerosas, cáncer invasivo y mortalidad.

En cambio, Suba et al.⁷ se oponen a esta práctica. Sería un test sin confirmación de cáncer. La criocoagulación hace que no se pueda saber si hay cáncer y, si está presente, la cura es inadecuada. Esto, aparte del problema legal de mala práctica. Habría que hacer citología y VPH en mujeres mayores de 30 años. En menores de dicha edad, la prevalencia de VPH en EE. UU. es del 15-25%; en cambio, en mayores de 55 años, en Nigeria es del 25%, y en Sudáfrica del 70%.

El cáncer de cérvix es el más frecuente en las mujeres en Sudáfrica. La política sudafricana es ofrecer 3 pruebas gratuitas a mujeres asintomáticas, a lo largo de su vida, empezando a los 30 años, y a intervalos de 10 años. Pero no ha disminuido la morbilidad hasta la fecha. En Sudáfrica interesa más la demanda de la prueba para el virus de la inmunodeficiencia (VIH), TBC y mortalidad materna. Faltan infraestructuras y recursos humanos para programas de prevención.

En Sudáfrica, la tasa de cáncer de cérvix en mujeres africanas es 27/100.000, el riesgo en vida es en 1/34 africanas (y 1/93, en mujeres blancas). En mujeres urbanas, la tasa es 45/100.000, la media de presentación es a los 52 años, y el 66% se encuentran en estadios III y IV. Las mujeres rurales están más discriminadas.

La secuencia sexo-enfermedades de transmisión sexual)-VPH-HSIL-CIN II –cáncer tarda 10-20 años. Con positividad al VIH, hay cáncer de cérvix 10 años antes; se contagian de VPH 5 veces más y antes que las negativas. Con VIH y VPH, hay 40 veces más cáncer de cérvix. Se hace detección oportunística en planificación familiar y en clínica antenatal, pero no hay un programa nacional.

La prevención primaria⁸ se lleva a cabo con la abstinencia sexual, la monogamia mutua, el condón, y si fuera posible la vacuna VPH. La prevención secundaria, con el programa de despistaje. Hace falta:

- Crear demanda de consumo de test de Papanicolaou (Pap), educación pública sobre el propósito del despistaje de cáncer.
- Recursos humanos y financieros.
- Educación, entrenamiento y motivación del personal.
- Pap en mayores de 30 años.
- Mejorar la calidad en la toma de muestras y procesos de laboratorio.
- Mecanismos eficaces para dar los resultados.
- Infraestructuras para tratamiento y seguimiento en los casos anormales.

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en países no desarrollados⁹. El 83% de los casos y el 85% de las muertes se producen en países no desarrollados. Es el más frecuente en el subsáhara africano, donde la incidencia aumenta. El conocimiento y la conciencia es baja, la mortalidad alta, y las facilidades para prevención y tratamiento son escasas e inadecuadas. El cáncer de cérvix se puede prevenir con la vacunación VPH y el despistaje, y es curable en estadios precoces.

En África subsahariana, el 60-75% de cáncer se da en áreas rurales, con mortalidad alta; las mujeres no son

tratadas por falta de acceso geográfico y financiero a cuidados de salud. Afecta a la estabilidad económica y social de las familias. En muchos países de África no hay registros de cáncer, solo se conocen los casos hospitalarios, y es una fracción menor.

Las causas de la alta mortalidad y baja supervivencia son:

- No acceso médico (peor en áreas rurales).
- Mala nutrición y comorbilidades (anemia, malaria, VIH).
- Presentación tardía de la enfermedad.
- Tumor grande a la presentación.
- Mala calidad de cuidados.
- Alta frecuencia de pérdida de seguimiento.
- No hacen tratamientos por pobreza.

Los factores que influyen son:

- Socioculturales: el VPH es endémico en África, el matrimonio precoz, la poligamia y la alta paridad.
- Socioeconómicos: bajo estado, es enfermedad de la pobreza, la pobreza es endémica, con malas condiciones de higiene.
- Biológicos: mala nutrición y enfermedades: malaria, VIH, TBC, herpes, clamidia y gonorrea; no hacen tratamientos o los hacen incompletos, sufren infecciones crónicas y persistentes. En las mujeres positivas para el VIH, aumenta el cáncer de cérvix invasivo; 2,6 veces más que en las negativas, y a edad menor.
- Desconocimiento de la enfermedad, el 98% creen curable la enfermedad avanzada; el 12% creen que no es enfermedad seria. La media es 9,35 meses de retraso en enviar a la paciente al hospital por parte de los cuidados de salud primarios.
- La prevalencia de VPH es 5 veces mayor que en Europa, y con muchos tipos de alto riesgo y sin posibilidad de vacunación. Hay disminución de la inmunidad celular por inflamación cervical crónica, infecciones parasitarias, déficit de micronutrientes y VIH.
- En África del oeste se hace despistaje en menos del 1% de las mujeres. Hay pocos servicios, y en hospitales urbanos, más en planificación familiar y en clínicas antenatales, y no en mujeres de alto riesgo (mujeres de 35-60 años y en área rural). Para las citologías faltan recursos (patólogos, citotécnicos) y control de calidad.
- Menos del 10% de los casos son operables; luego, hay pobre seguimiento, no pueden pagar el transporte a centros urbanos. Hay muchos casos para radioterapia, pero pocos centros. En 2003, 15 países aún no tenían radioterapia.
- En los casos terminales, el dolor. Solo en 11 países de 47 se usa morfina para el dolor, y si hay no pueden costearla. La pobreza, la falta de infraestructuras y de personal entrenado y la no prioridad del cuidado paliativo. El cáncer es castigo de los dioses, buscan ayuda de cuidadores y líderes espirituales.

Las recomendaciones serían:

- Que los gobiernos reconozcan el cáncer como problema de salud, y provean recursos (en vez de gastar en armamento).
- Conocimiento local del cáncer y conducta preventiva, despistaje.
- Prevención en cada visita.

- Opioides para cuidados paliativos.
- Prevención primaria con vacuna VPH.
- Tratamientos gratuitos o subsidios del gobierno.
- Aliviar la pobreza.

Estas generalidades sirven para todos los pero ahora vemos qué hacen algunos de ellos.

En Sudáfrica, en 611 mujeres mayores de 30 años, de comunidad rural, con un cuestionario, para ver el conocimiento de factores de riesgo y el uso del Pap¹⁰. Edad media de 43 años, el 54% sin educación, el 96% en paro y el 53% con más de 4 hijos. El 6% saben todos los factores de riesgo, y el 65% conocen alguno de los factores de riesgo. Pero menos del 49% saben que el Pap es para la prevención del cáncer de cérvix. El 43% reciben información sobre el Pap de sus cuidadores de salud. Solo el 18% se han hecho un Pap. Hay bajo uso de Pap, bajo conocimiento de prevención de cáncer de cérvix y de factores de riesgo. Hay necesidad urgente de programa educativo para este medio.

En Nigeria, los factores de riesgo de cáncer de cérvix y los predictores de displasia, en 278 mujeres trabajadoras¹¹. Ven displasias con la prueba del ácido acético. La edad media, 36 años (28-63), paridad media 2,8. Solo el 12,2% usan condón, y el 4,7% tienen hecho Pap. La prueba de ácido acético +, se asoció con la primera relación sexual antes de los 17 años y a matrimonio antes de los 25 años; se asoció también con baja paridad. Las mujeres sanas aparentemente no van a hacerse despistaje. Hay que informar y crear la necesidad.

En Nigeria también, la inspección visual del cuello uterino con ácido acético o lugol es una alternativa en los países en vías de desarrollo. En 2007, en una clínica antenatal, se les hace un cuestionario a 100 mujeres¹². El 98% eran casadas, y ninguna tenía hecho un Pap; el 4% habían oído hablar del Pap, pero ninguna sabía para qué servía. El 30% habían oído hablar del cáncer de cérvix. Se necesita la educación en cáncer de cérvix, y prevención por los sanitarios, y los medios de comunicación, con programas de despistaje.

También en Nigeria, en un centro de nivel terciario, en 2007, con un cuestionario se estudia el conocimiento, actitudes y prácticas de ginecología, en 198 mujeres¹³. A 25 mujeres (12,6%) se les hace despistaje de cáncer de cérvix, y 173 (87,4%) son mujeres que nunca han hecho el test. El 8% tenían conocimiento de prevención de cáncer de cérvix, pero no de vacuna VPH. El 84% (21 mujeres) tienen información de sanitarios, 3 mujeres (12%) de la televisión y 2 mujeres (8%) de la radio. Hay asociación de nivel de educación y conocimiento del Pap; $p < 0,001$. La educación sexual y reproductiva debe haberla en cualquier currículo educativo (competencia del ministerio de Sanidad a todos los niveles, para educar a los ciudadanos). El despistaje regular es superior al oportunístico.

Las razones que dan para no hacer el test son: necesitan permiso del marido, ignoran la necesidad del test, debe pedirlo el médico, creen que no van a tener la enfermedad.

En Nigeria se estudia la necesidad de incorporar de forma rutinaria el despistaje y el consejo en pacientes externas. Cuestionario realizado a 912 mujeres en 2005-2006, de un hospital universitario¹⁴. El 60,3% (550) responden conocer sobre cáncer de cérvix pero solo el 41,2% se hacen un Pap. Únicamente el 9% (82) se han hecho un Pap. El 61,9%, a pesar de conocer el Pap, no se hacen el despistaje sin razón; y

112 (38,1%) se creen no susceptibles al cáncer. El uso del Pap es muy bajo, debe ofrecerse a todas las mujeres, con enseñanza y consejo adecuado, focalizado y persistente.

En Nigeria, se estudian perfiles citológicos de mujeres infértils (188) y 192 de pacientes ginecológicas, en 2005¹⁵. Hubo anomalías epiteliales en 28 (14,9%) y en 34 (17,7%). Cambios premalignos (atipias escamosas de significado incierto, LSIL, HSIL) hubo en 21 y 25 casos, respectivamente, sin diferencias significativas. Las infértils no tienen aumento de riesgo de cambios premalignos.

En Tanzania, en 2009, estudio del conocimiento de las enfermeras, en cáncer de cérvix y prácticas de despistaje en un hospital regional¹⁶. La ratio de enfermeras es 1/23.000 pacientes. En Tanzania, la tasa de cáncer de cérvix es 40,6/100.000 mujeres. El papel de la enfermera es grande en la promoción de la prevención. Se realizó un cuestionario a 137 enfermeras. Edad media 44 años; el 62% mayor de 40 años, y con una media de 20 años de experiencia. Menos de la mitad de las enfermeras conocen adecuadamente el cáncer de cérvix. Hay asociación de los niveles de conocimiento con las causas del cáncer de cérvix y la transmisión del VPH, y la edad. Se evidencia mejor conocimiento en las enfermeras más jóvenes ($p = 0,0027$) y mejor conocimiento en las enfermeras titulares que en las contratadas. La mayoría no conocen los intervalos de despistaje. El 84,6% de las enfermeras nunca se han hecho un Pap (116/137). La necesidad de educación médica es continua, y también lo es crear un servicio de prevención clínica del cáncer y estrategias a todos los niveles del sector Sanidad.

En la Tanzania rural, un estudio en 2007, comparando 98 mujeres de clínica de despistaje, y 48 mujeres de clínica de tratamiento del cáncer¹⁷, mediante entrevistas, sobre conocimiento de cáncer. Las de despistaje, con mayor nivel socioeconómico, educación y empleo (90,7% algo de educación; casadas 78,4%); más jóvenes (75,3% de menos de 47 años), viven más cerca de la clínica (74,2% versus 8,2%), y tienen mayor conocimiento sobre el cáncer (50% versus 12%). Se necesita programa de despistaje cervical en áreas rurales. Muchas mujeres afectas tienen síntomas severos y no saben la razón. Para detectar estadios precoces de la enfermedad, se pueden usar unidades móviles del hospital. Se necesitan profesionales de la citología y tecnología, que no hay en países en desarrollo. Hay diferencias muy importantes en tiempo de viaje y costes. Entre las de despistaje, la media de viaje es 1,5 h, y el coste 0,50 dólares. En las de cáncer, la media de viaje es 11 h, y el coste 11,5 dólares. En el despistaje, con inspección visual y ácido acético, se detectan 8,3% de positivos. En las de cáncer el 16,4% tienen estadios IB-IIA, y el 83,7%, estadios IIB-IVA.

Hay desigualdades en el cáncer de cérvix en el despistaje, en edad, nivel de educación, estado marital, urbanidad, necesidad reciente de cuidados sanitarios, etc. Un estudio¹⁸, con 92.541 mujeres de 25-64 años del World Health Survey de 2001-2003, usando el índice de concentración, con valores de -1 a 1, siendo 0 = igualdad. Entrevistas en 67 países. Preguntas: ¿cuándo fue la última vez de un examen pélvico? ¿La última vez del examen pélvico se hizo un Pap? (en los últimos 3 años).

Los países son heterogéneos en el screening del cáncer del cervix. La educación tiene la mayor contribución, media 15%; la residencia rural, grande en África, media 10%; y hay variación en regiones: Zambia, 26% y Kenia, 2%. Se necesita

aproximación país-específico para reducir desigualdades de despistaje.

El cáncer afecta a mujeres pobres y socialmente marginadas en el mundo; el 80% se da en el mundo en desarrollo, 500.000 casos y 300.000 muertes. El despistaje varía, 63% en país desarrollado, 19% en país no desarrollado (83% en Austria frente a menos de un 1% en Etiopía). En España el 60%. En Asia y África, menos del 5% de las mujeres tienen Pap en los últimos 3 años.

En la mayoría de los países, la asociación con probabilidad de despistaje, aparte de los ingresos, es con el nivel de educación alto, medio urbano, edad joven, y necesidad de cuidado sanitario. Y a la inversa, en más pobres, con residencia rural, divorciada-viuda, y bajo nivel de educación, hay poca probabilidad de hacerse Pap.

En este estudio del mundo no se hace referencia a Guinea-Bissau, y no hemos encontrado ningún trabajo sobre despistaje de cáncer de cérvix allí.

Finalmente, en nuestro trabajo, que compara 300 citologías del programa de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en Guinea-Bissau, de un centro de «Mujer y Madre», durante un trimestre, con 880 citologías de un mes de 2007 de nuestro hospital, encontramos únicamente diferencias significativas ($p < 0,001$) en infecciones por Tricomonas (2% frente a 0,31%), (que además no se tratan por falta de medios); y en LSIL (2% frente a 0,68%), $p = 0,05$. Se detectó en las guineanas un cáncer de cérvix, en una mujer de 75 años, gran multípara.

Esta serie destaca que las citologías en el 18,33% eran en gestantes, y por otro lado, la mortalidad neonatal está entre 1 y 8, media 2 hijos.

Únicamente, recalcar la necesidad en este país de planificación familiar, cuidado prenatal, y asistencia obstétrica, junto a un programa permanente de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wikipedia. GUINEA-BISSAU [consultado 19 Mar 2012].
2. [consultado 19 mar 2012]. Mujerymadre@mujerymadre.org.

3. Mosterin J. La naturaleza humana. 3^a ed. Madrid: Gran Austral, Espasa-Calpe; 2006.
4. Lopez-Olmos J, Gasull J. Infección vaginal por Tricomonas (e infecciones mixtas) y atipias celulares, en la citología cervico-vaginal. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011;38:120-7.
5. Zamarriego Crespo J, Cabrillo Rodriguez E, coordinadores. Plan de atención a la salud de la mujer. Madrid: Multimedia proyectos, SEGO; 2003.
6. Gage JC, Castle PE. Preventing cervical cancer globally by acting locally: if not now, when? J Natl Cancer Inst. 2010;102:1524-7.
7. Suba EJ, Michelow PM, Wright CA, Raab SS. Re: Preventing cervical cancer globally by acting locally: if not now, when? J Natl Cancer Inst. 2011;103:611-2.
8. Denny L. Prevention of cervical cancer. Reprod Health Matters. 2008;16:18-31.
9. Anorlu RI. Cervical cancer: the sub-Saharan African perspective. Reprod Health Matters. 2008;16:41-9.
10. Hoque M, Hoque E, Kader SB. Evaluation of cervical cancer screening program at a rural community of South Africa. East African J Public Health. 2008;5:111-6.
11. Ogunbowale T, Lawoyin TO. Cervical cancer risk factors and predictors of cervical dysplasia among women in south-west Nigeria. Aust J Rural Health. 2008;16:338-42.
12. Onwere S, Okoro O, Chigbu B, Onwere A. Knowledge and practice of cervical cancer screening using Pap smear among women attending antenatal clinic at Aba, South-Eastern Nigeria. Nigerian J Clin Pract. 2009;12:341-2.
13. Mbamara SU, Ikpeze OC, Okonkwo JEN, Onyiaorah IV, Ukah CO. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among women attending gynaecologic clinics in a tertiary level medical care center in southeastern Nigeria. J Reprod Med. 2011;56:491-6.
14. Dim CC, Nwaghwa UI, Ezegwui HU, Dim NR. The need to incorporate routine cervical cancer counselling and screening in the management of women at the outpatient clinics in Nigeria. J Obstet Gynecol. 2009;29:754-6.
15. Mbazor JO, Umedra OUJ, Egwuatu VE. Cervical cytology profile of infertility patients in Abakaliki, South-eastern Nigeria. J Obstet Gynecol. 2011;31:173-7.
16. Urasa M, Darj E. Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a regional hospital in Tanzania. African Health Sci. 2011;11:48-57.
17. Peters LM, Soliman AS, Bukori P, Mkuchu J, Ngoma T. Evidence for the need of educational program for cervical screening in Rural Tanzania. J Cancer Educ. 2010;25:153-9.
18. McKinnon B, Harper S, Moore S. Decomposing income-related inequality in cervical screening in 67 countries. Int J Public Health. 2011;56:139-52.