

¿Prevenir o contemporizar?

A. Segura Benedicto

Prof. de Salud Pública. Universidad de Barcelona.
Proyecto AUPA Barceloneta. Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya.

La prevención del cáncer del cuello de la matriz tiene buena prensa en los medios sanitarios y, desde luego, entre gran parte de la población, seguramente aquella más sensible a la influencia médica. Sirva como ejemplo el resultado de las encuestas de salud de Barcelona en 1992 y de Cataluña en 1994 según las cuales un 46% y un 42% de las mujeres consultadas afirmaban haber sido objeto de citologías exfoliativas de forma sistemática. Una proporción que doblaba la correspondiente a las que declaraban someterse a mamografías periódicas con el propósito de prevenir el cáncer de mama¹, lo que no deja de llamar la atención, ya que a principios de los años noventa la tasa de mortalidad del cáncer de mama en España era unas diez veces mayor que la de cuello uterino y la incidencia de neoplasias malignas de mama en esas fechas superaba en 4 y 12 veces la del cáncer de cérvix, según a los registros de Mallorca y de Navarra respectivamente.

El éxito que generalmente se atribuye a la prevención secundaria del cáncer de cérvix en términos de supervivencia y también que la prueba de Papanicolaou se utiliza desde finales de los años cuarenta del siglo pasado, podría ser una explicación de esta, al menos en apariencia, paradójica situación. Sin embargo, mientras que la prevención secundaria del cáncer de mama con ayuda de la mamografía ha sido objeto de estudios experimentales que han obtenido resultados positivos, a pesar de ciertas dudas² la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino no dispone de tales demostraciones.

De todas formas, las cosas están cambiando, ya que el 76,4 % de una muestra de mujeres catalanas mayores de 40 años declaraba en el 2000 haberse sometido a una mamografía preventiva, del mismo modo que un 81% de las mujeres de Barcelona entre 50 a 64 años. Destaca, no obstante, que el 77% de las catalanas entre 40 y 49 años y el 64% de las barcelonesas entre 35 y 49 años afirmen haberla adoptado a pesar de que las recomendaciones oficiales se limiten a las mujeres mayores de 50 años³⁻⁴. La pre-

sión para ampliar el uso de estas actividades preventivas es grande a pesar de que en nuestro país no se ha producido una situación comparable a la de los Estados Unidos en 1997 cuando un grupo de expertos desaconsejó el cribaje antes de los 50⁵.

Pero volvamos al cáncer de cuello uterino. Hay que tener en cuenta que cuando se introdujo la prueba de Papanicolaou apenas se habían llevado a cabo los primeros ensayos controlados aleatorios que pretendían comprobar la eficacia de los tratamientos médicos, los cuales no se generalizarían hasta un tiempo después. De otro lado, la confianza sobre el beneficio de la intervención era grande y la explicación teórica sobre la que se sustentaba, verosímil; una evolución progresiva de una alteración inicial de las células del epitelio de transición, observable al microscopio como una displasia que inexorablemente se desarrollaba hasta convertirse en un carcinoma *in situ* que, de no extirparse, franqueaba la basal y finalmente se propagaba a distancia. De hecho, este fue uno de los primeros modelos de historia natural, que sirvió precisamente para ilustrar las diversas categorías de prevención que hoy conocemos, primaria, secundaria y terciaria según el momento de la actuación. Aunque, entre paréntesis, se han propuesto dos modalidades más, la prevención primordial que se refiere a la promoción de la salud en general más que a evitar la aparición de una enfermedad determinada y la prevención cuaternaria, con el propósito de no provocar efectos indeseables en la salud de las personas que son objeto de intervenciones sanitarias, tanto curativas como preventivas.

A mediados del siglo pasado, el reconocimiento de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino era muy limitado, aunque ya se hubiera asociado a la actividad sexual, por lo que el diagnóstico y, sobre todo, el tratamiento precoz se revelaron como una alternativa prometedora lo que, dadas las escasas posibilidades terapéuticas del momento, incrementaba su atractivo. De ahí la favorable acogida que se le dispensó.

Pero no todo fueron adhesiones. Entre las críticas cabe destacar la de Archibald Cochrane que junto con Walter Holland se lamentaba, en 1971, de las dificultades técnicas para someter a prueba la eficacia de la intervención preventiva, ya que la biopsia necesaria para diagnosticar el cáncer podía tener efecto terapéutico por ella misma, pero

Correspondencia: Dr. A. Segura.
Proyecto AUPA Barceloneta.
Instituto de Estudios de la Salud.
Generalitat de Catalunya.
C/ Balmes, 132-136.
08008 Barcelona.

todavía se quejaba más de la oposición a los estudios experimentales mediante ensayos controlados aleatorios por razones éticas. Precisamente porque no le parecía ético promover una intervención sanitaria preventiva sin suficientes garantías de eficacia y de seguridad⁶.

La ausencia de una prueba definitiva de la eficacia del diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de cuello uterino no ha sido obstáculo suficiente para evitar su amplia aceptación, de manera que se recomienda universalmente. Incluso en aquellas poblaciones en las que afortunadamente la frecuencia del tumor y su impacto en la mortalidad son reducidos.

Lo cual nos lleva a recordar los requisitos exigibles a las intervenciones de prevención secundaria que Wilson y Jungner planteaban en 1968 y que siguen vigentes⁷, entre los que figura la eficacia del tratamiento precoz; el adecuado conocimiento de la historia natural del problema y que ésta tenga una fase preclínica detectable suficientemente larga, mediante una prueba segura y aceptable; pero, además, debe tratarse de un problema frecuente.

Esta última exigencia es hasta cierto punto independiente del aspecto económico, porque tiene que ver con las consecuencias sobre la salud de las personas a las que se les ofrece la prevención secundaria. Unos efectos que siempre se desean positivos pero que también pueden ser negativos. En el caso de que el resultado de la detección precoz sea falsamente negativo, las mujeres afectadas no tendrán la oportunidad de beneficiarse del tratamiento precoz. Pero es que en el caso de obtener un falso positivo, los efectos indeseables no se limitan, con ser importantes, a la zozobra y a la ansiedad que provoca la incertidumbre, la cual puede ser paliada en parte con una adecuada información, lo que desgraciadamente no ocurre siempre⁸, ya que hay que tener en cuenta las intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias a que pueden dar lugar, con la correspondiente iatrogenia.

La cuestión es que la citología exfoliativa tiene, como la inmensa mayoría de pruebas diagnósticas, una capacidad limitada, tanto si consideramos su exactitud como su precisión y reproductibilidad. Al requerir una valoración subjetiva, el grado de habilidad interpretativa del observador tiene mucha influencia de forma que le es exigible una acreditada experiencia, la cual depende del volumen de citologías y de que una parte de ellas sean realmente positivas. De cualquier modo, las estimaciones del grado de sensibilidad y de especificidad de la técnica muestran una elevada variabilidad que oscila entre valores del 60% al 90%. Cuando la especificidad es menor del 100% la frecuencia de la alteración en la población estudiada es decisiva, ya que una escasa proporción de casos comporta un elevado porcentaje de falsos positivos.

Supongamos que la incidencia de lesiones prevenibles sea del orden de 10 por cien mil mujeres y año y que la duración media del cáncer de cuello uterino sea de unos diez años; la prevalencia de tales lesiones en una población no expuesta a ningún tipo de diagnóstico precoz ni a tratamiento sintomático sería como máximo de 100 afectadas por cada cien mil mujeres a riesgo. Si el grado de sensibi-

lidad y de especificidad conseguido fuera del 90% el valor predictivo positivo sería del 0,9%, o sea que, de cada mil mujeres etiquetadas como positivas sólo nueve se beneficiarían del tratamiento precoz⁹.

La cosa se complica todavía más cuando las personas que aceptan la oferta de la prueba o la demandan directamente no son las que tienen mayor riesgo de padecer cáncer, lo que puede ocurrir tanto en el caso de diagnóstico oportunista como cuando se lleva a cabo un programa comunitario, si no consigue captar a las mujeres de riesgo elevado.

De ahí que no resulten sorprendentes los resultados de la evaluación de la experiencia de diez años en un centro de salud de Salamanca en la que se analizaron 1.271 mujeres mayores de 15 años a las que se les practicaron 2.056 citologías, 15 de las cuales (0,7%) correspondientes a 12 mujeres fueron sospechosas, confirmándose el diagnóstico de displasia en 3 casos (0,24%)¹⁰.

En esta tesisura, proponemos el empleo del diagnóstico de las infecciones por papilomavirus, la mayoría subclínicas y de evolución incierta, aunque muy probablemente las que persistan acaben desencadenando el nacimiento de un tumor, no parece lo más útil desde la perspectiva de la salud de las mujeres, sobre todo en países como el nuestro. Una perspectiva que, como se señalaba en una crítica contundentemente argumentada publicada no hace mucho en esta revista¹¹ está ausente de bastantes de las intervenciones sanitarias que se les inducen. En efecto, más de la mitad de las mujeres que padecen un cáncer de cérvix no ha sido nunca objeto de citologías exfoliativas y como la detección del papilomavirus tiene una especificidad algo menor que el Papanicolaou su empleo comportaría todavía más falsos positivos, de ahí que los *Center for Disease Control (CDC)* no consideren justificada por el momento su utilización masiva¹², a pesar de las presiones de fabricantes y de profesionales.

Las consideraciones anteriores no pretenden más que poner de relieve algunas de las consecuencias que hay que esperar si se llevan a cabo actividades de prevención secundaria del cáncer de cérvix. Lo que no supone que se dejen de practicar si tanto la población como los profesionales deciden que los eventuales beneficios valen la pena y merecen su esfuerzo más que otras iniciativas sanitarias. Pero siempre que se tengan en cuenta, que se informe adecuadamente a la población y se garantice una calidad suficiente en la obtención y el procesamiento de las muestras y, sobre todo el acceso a la confirmación diagnóstica y en su caso al tratamiento precoz sin dilaciones que den al triste con el propósito preventivo, porque de buenas intenciones "está empedrado el infierno".

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrás JM, Guillén A, Sánchez V, Juncà S, Vicente R. Educational level, voluntary private insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *Eur J Cancer Prev* 1999;8:427-34.
2. Götzsche P, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000;351:129-34.
3. Institut Català d'Oncologia. Pla director d'Oncología a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2001:27.

4. Institut Municipal de Salut Pública. El cáncer a Barcelona 2001. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2001:78.
5. Fletcher SV. Whither scientific deliberation in health policy recommendations? Alice in the Wonderland of Breast Cancer Screening. *N Engl J Med* 1997;336:1180-3.
6. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. *Br Med Bull* 1971;27:3-8.
7. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nº 34. Geneva: WHO, 1968.
8. Summers A, Fullard B. Improving the coverage and quality of cervical screening: women's views. *J Publ Hlth Med* 1995;17:277-81.
9. Spagnolo E, Segura A, Vila R, Andrés J, Sans S. Importancia del cáncer de cérvix en Cataluña. Consideraciones sobre un eventual programa de cribaje. *Med Clin (Barc)* 1984;82:83-6.
10. Olazábal JC, Montero J, Pastor P, Alario MJ, García R, García JF. Diez años de citologías de cérvix uterino en un centro de salud. *Aten Primaria* 1997;20:293-8.
11. Pérez Fernández M, Gervás J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *Semergen* 1999;25:239-48.
12. Lawson HW, Henson R, Kay Bobo J, Kaeser MK. Implementing Recommendations for the Early Detection of Breast and Cervical Cancer Among Low-Income Women. *MMWR* 2000;49(RR-2):37-55.