

MORTALIDAD POR CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO EN COSTA RICA

RAFAELA SIERRA*
RAMIRO BARRANTES**
FRANCISCO FUSTER***

RESUMEN

Se analizó la mortalidad por cáncer del cuello del útero en Costa Rica con datos de los tabulados de las Estadísticas Vitales de la Dirección General de Estadística y Censos. Se computarizaron y calcularon las tasas de mortalidad específicas por edad y se estudió la tendencia de la mortalidad comparando dos períodos, 1973-1977 y 1978-1982. Las tasas anuales estandarizadas con la "población mundial" no presentaron diferencias significativas (11.5 por 100.000 para el primer período y 11.2 para el segundo). Sin embargo se encontró una disminución de las tasas de mortalidad en las mujeres menores de 55 años y un aumento a partir de los grupos mayores de 55 años. Se hacen algunas sugerencias y se discuten estrategias para hacer más efectivos los recursos y el esfuerzo que se lleva a cabo contra la morbilidad y mortalidad por cáncer del cuello uterino en Costa Rica.

SUMMARY

Mortality from cancer of the cervix in Costa Rica was analyzed using Vital Statistics and Census data from the Dirección General de Estadística y Censos de Costa Rica. Age specific mortality rates and mortality trends were analyzed and compared in two periods, 1973-1977 and 1978-1982. Annual mortality rates showed no significant differences (11,5 per 100.000 inhabitants for the first period and 11,2 per 100.000 for the second) when compared with "World population" rates. Nevertheless we found reduced mortality rates in women less than 55 years old and increased rates in those 55 through 64 years old. Suggestions to improve the strategies of control of morbidity and mortality due to cervical cancer in Costa Rica are discussed.

INTRODUCCION

La incidencia del cáncer de cuello uterino ha disminuido en los últimos años en la mayoría de los países occidentales y existe información detallada sobre la reducción de la mortalidad por este tumor en Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, Suecia, Escandinavia y Austria. La mortalidad debida a este cáncer es más alta en

los países subdesarrollados y en las clases socioeconómicas más pobres de los países desarrollados (1,16). Por otra parte, este es uno de los tumores del que más conocimientos se tiene sobre su etiología. Su prevalencia y accesividad por observación, junto con la práctica de la citología exfoliativa, ha permitido evitar muchos cánceres invasores y la muerte ya que pueden ser prevenidos masivamente, gracias a la aplicación de programas o sistemas de vigilancia y prevención (4, 19, 22).

En el último decenio, el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por tumores en mujeres de Costa Rica. En el presente trabajo se muestra la tendencia de las tasas de mortalidad por cáncer del cuello uterino, por grupo de edad, en dos períodos (1973-1977 y 1978-1982), en Costa Rica. Se señala que hay una ten-

* Instituto de Investigaciones en Salud (INISA)
Universidad de Costa Rica.

** Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y
Escuela de Biología, Universidad de Costa Rica.

*** Hospital Calderón Guardia y Consejo Nacional de
Cáncer

dencia al aumento de la mortalidad por este tumor en las mujeres de los grupos etarios de la tercera edad y una tendencia a disminuir en los grupos más jóvenes. Además, se hacen algunas sugerencias y se discuten estrategias para hacer más efectivos los recursos y el esfuerzo que se lleva a cabo contra la morbilidad y mortalidad por cáncer del cuello uterino.

MATERIAL Y METODOS

Se tomaron los datos de la mortalidad por cáncer cervicouterino por grupos de edad y por año desde 1973 hasta 1982, de los tabulados originales de las Estadísticas Vitales de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y Comercio de Costa Rica. Con el fin de minimizar las fluctuaciones anuales debidas al azar, se calcularon las tasas para períodos de cinco años de 1973-1977 y 1978-1982. Para los cálculos correspondientes fueron utilizadas las poblaciones de mujeres de 1975 en el primer período y la de 1980 en el segundo período, de acuerdo a la población por grupo de edad estimada por CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (3). También se calcularon las tasas totales estandarizadas con la población mundial según Segi (18) para los dos períodos. Se obtuvo el porcentaje de cambio de la mortalidad por grupo de edad, de un período a otro.

RESULTADOS

En la tabla I se muestran las tasas específicas por edad para las dos épocas estudiadas. Comparando los dos períodos se observa una disminución de las tasas de mortalidad de cáncer cervicouterino en todos los grupos de edad menores a 55 años y que esta disminución es más señalada en los grupos más jóvenes. Por otra parte, es notable el aumento de las tasas de mortalidad en las mujeres mayores de 55 años; este incremento es más pronunciado en los grupos de mayor edad. La tasa total estandarizada con la población

mundial se mantiene relativamente constante (11.5 para el primer período y 11.2 para el segundo).

DISCUSION

Si se comparan las tasas totales de mortalidad por cáncer del cuello del útero en Costa Rica en los dos períodos estudiados, no se observa una diferencia significativa. Por otro lado, la tasa de mortalidad del primer período (1973-1977) es mayor que la obtenida por Segi para Costa Rica en los dos períodos estudiados, no se observa una diferencia significativa. Por otro lado, la tasa de mortalidad del primer período (1973-1977) es mayor que la obtenida por Segi para Costa Rica en 1975 (Figura 1), pero probablemente esto se debe a que este autor tomó los datos de un solo año. Siendo esta una enfermedad que no alcanza grandes cifras y tomando en cuenta que la población femenina es pequeña (974.390 en 1975), las ligeras variaciones anuales por efecto de azar se hacen sentir en los resultados. Podríamos concluir en este caso que Costa Rica tendría que ocupar el tercer lugar en mortalidad por cáncer del cuello uterino, entre los 46 países estudiados por Segi en 1975 (18); sin embargo, un estudio presentado por la Oficina Panamericana de la Salud (13) en que se presentan las tasas estandarizadas para 35 países de toda América, se coloca a Costa Rica en el décimo quinto lugar. Los datos no obstante sugieren que no existe buena información sobre la mortalidad en todos los países del área, y en algunos de ellos las tasas de mortalidad por cáncer de cuello del útero son más elevadas que las que ahí se presentan.

El hecho de que las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino estén disminuyendo en las mujeres menores de 55 años es posible que se deba a la práctica de los exámenes citológicos de detección temprana y, por otro lado, a que en esta población se esclarecen los casos con más acuciosidad o a que el riesgo a padecer la enfermedad esté disminuyendo en Costa Rica. El hecho de que se observe aumento de las tasas de mortalidad por este tumor en los

Tabla I

TASAS* DE MORTALIDAD POR CANCER DE CERVIX POR GRUPOS DE EDAD DURANTE LOS PERIODOS 1973-1977 Y 1978-1982

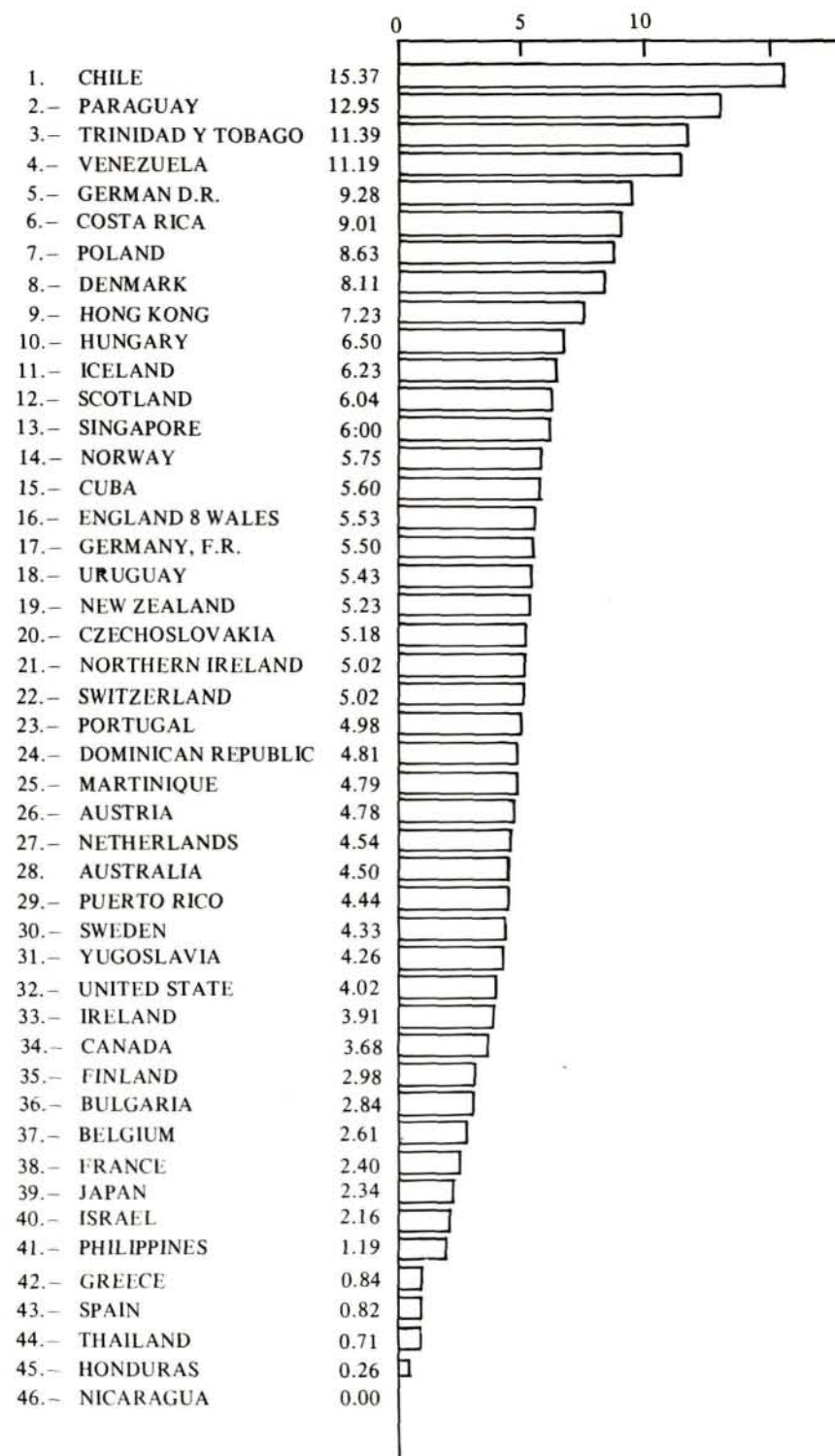
Grupo de edad	Período		%/o Cambio
	1973-1977	1978-1982	
< 15	0.1	0.0	- 100
15-24	0.6	0.1	- 83.3
25-34	5.4	3.1	- 41.5
35-44	14.0	11.9	- 14.9
45-54	23.0	21.4	- 6.8
55-64	30.1	30.4	+ 1
65-74	56.5	60.3	+ 7
75 ó más	61.7	75.5	+ 22.4
Todas las edades**	11.5	11.2	- 2.6

* Tasas específicas por edad, por 100.000

** Tasa total estandarizada con la población mundial según Segi (18).

Figura 1

TASAS DE MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO DEL UTERO, AJUSTADAS POR EDAD, EN 1975, DE ACUERDO A SEGI (18).



grupos de edad mayores de 55 años cuestiona en cierta manera los servicios de salud ofrecidos en cuanto a la utilización de los exámenes citológicos de detección temprana. Además de la edad en que comienza su actividad sexual; el número de compañeros; el coito con hombres de "alto riesgo" y otros factores relacionados directa o indirectamente con los anteriores, varios autores coinciden en afirmar que las mujeres de niveles socioeconómicos pobres y las de baja educación tienen mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (6, 9, 11, 15, 16, 20). En consecuencia, los cambios en la población hacia niveles educativos y socioeconómicos más altos pueden influir en la frecuencia con que esta enfermedad se presente.

Mucho se ha investigado sobre el cáncer de cuello uterino y sobre el impacto de los programas de detección temprana ("screening") de esta enfermedad (7, 8, 12, 19). Las conclusiones, recomendaciones o fuertes críticas a que se ha llegado en los distintos países después de varios años de "screening" deben analizarse cuando se intente planificar en Costa Rica una lucha organizada contra este tumor. Por ejemplo, Canadá ha sido un líder en el mundo en los programas de detección temprana de cáncer de cervix. Así, la Task Force Canadiense (19), en un informe sobre los programas de "screening" de cáncer de cuello uterino, concluye que las medidas destinadas a mejorar la calidad y sensibilidad de los programas de detección y la inclusión de las mujeres que nunca han sido examinadas, podrían ser más efectivas que cualquier tentativa por aumentar la frecuencia de los exámenes citológicos para reducir la mortalidad debida a esta enfermedad.

Por otra parte, Wahl et al. (21), sugiere que debe utilizarse el examen citológico después de la menopausia en particular para la categoría de mujeres definida como de alto riesgo. En esta categoría deben figurar las mujeres que jamás se hayan hecho examen de Papanicolaou o que han tenido un examen demasiado espaciado. Este autor también recomienda que deben estar bajo vigilancia aquellas mujeres que presentan una infección genital viral o una leucorrea.

Una fuerte crítica se ha levantado en varios países en torno a la utilidad de la práctica anual de la prueba de Papanicolaou y a la propaganda intensiva que se hace sobre la prueba anual. Algunos autores sostienen que los actuales programas de detección de este tumor no cumplen los criterios que ha de satisfacer una operación anual de detección de masa, aplicable a todas las mujeres sexualmente activas (7, 8) y que la frecuencia de la detección tiene un límite por encima del cual resulta más sensato dedicar los recursos a lograr una mejor cobertura de la población (9).

En Costa Rica se hace necesario definir la población con riesgo antes de poner en marcha amplios proyectos de detección temprana del cáncer del cuello uterino. Las sugerencias de otros grupos y países con experiencia en activi-

dades de "screening" de esta enfermedad son útiles, pero es posible postular que aspectos culturales, geográficos, socioeconómicos y ambientales propios del país, están incidiendo en el comportamiento sexual de la población y en la etiología de la enfermedad.

En 1983, una Comisión Coordinadora, auspiciada por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Consejo Nacional de Cáncer, estableció normas y pautas para la detección y tratamiento del cáncer del cuello uterino en sus estadios preclínicos e invasores en Costa Rica (2). La Comisión sugiere la toma rutinaria de citología exfoliativa de detección, como mínimo una vez al año, en toda mujer en edad reproductiva y postmenopáusica. Esto implica que deberá ahora definirse y establecerse la infraestructura necesaria, las estrategias concretas de acción y control, los archivos y registros eficientes que permitan un seguimiento y la evaluación periódica del costo-beneficio de los programas. El problema no consiste tanto en saber si debe aplicarse la prueba de Papanicolaou como determinar con criterio científico a quién debe aplicársele y con qué frecuencia.

Como la mortalidad por cáncer de cuello del útero se puede evitar fácilmente, los esfuerzos contra este cáncer se han concentrado en la detección temprana más que en prevención. Esta política comienza a ser criticada por las propias mujeres (7,14). De todas formas, hoy es una realidad que las mujeres con mayor riesgo son aquellas que nunca se han examinado. El "screening" de esta enfermedad satisface ciertos criterios generales, a saber: el screening es efectivo para disminuir la mortalidad y morbilidad, el beneficio es superior al riesgo, el beneficio obtenido justifica su costo, los exámenes son fácilmente practicables (bien aceptados por el paciente y su médico) y la población con riesgo puede ser definida. De aquí que concluimos con Doll (5): "Pese a que las principales causas de defunción han cambiado en los últimos decenios, y las que ahora predominan son en muy diversas formas más difíciles de atacar, todavía quedan posibilidades de prevención. Algunas de ellas se basan en el cambio de tipo de comportamiento, otras exigen adelantos científicos y las hay que requieren intervención estatal... Sólo el gobierno central o uno de sus organismos pueden adoptar el tipo de acción que ofrece mayores posibilidades de eficacia".

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bjorkholm, E. Carcinoma of the uterine cervix. Incidence and mortality in the Stockholm-Gotland region. *Acta Radiologica Oncology*, 1982, 21: 315-318.
- 2.- Caja Costarricense del Seguro Social y Consejo Nacional de Cáncer. Manual de Normas y Procedimientos en Neoplasia del Cuello Uterino. San José, 1984, p. 50.

- 3.- Centro Latinoamericano de Demografía. Proyección de Población revisada en 1982. Interpolación por años calendario. Hojas poligrafiadas, 1983.
- 4.- Cramer, D. Uterine Cervix, In: Cancer Epidemiology and Prevention. Eds. Schottenfeld and Fraument. W. B. Saunders Company, U. S. A., 1982, 4: 253-263.
- 5.- Doll, R. Perspectivas de la Prevención. Foro Mundial de la Salud, 1983, 4: 253-263.
- 6.- Fenoglio, C. and Ferenoy, A. Etiologic Factors in Cervical Neoplasia. Seminars in Oncology, 1982, 9 (3): 349-372.
- 7.- Foltz, A.M.; Kelsey, I. ¿Es realmente útil la práctica anual de la prueba de Papanicolaou? Foro Mundial de la Salud, 1980, 1: 124-136.
- 8.- Foro Mundial de la Salud. Periodicidad de las pruebas de Papanicolaou: una solución transaccional. Primer Plano. Foro Mundial de la Salud, 1981, 2 (4): 619-627.
- 9.- Hakama, M.; Hakulinen, T.; Pukkala, E.; Saxen, E. and Teppo, L. Risk indicators of breast and cervical cancer on ecologic and individual levels. Am. J. Epidemiol., 1982, 116: 990-1000.
- 10.- Lee, H.P.; Cuello, C. and Singh, K. Review of the Epidemiology of cervical cancer in the Pacific Basin. Natl. Cancer Inst. Monogr., 1982, 62: 197-199.
- 11.- Morgan, P. Challenges in screening for cancer of the cervix, delivery, technology and evaluation of programs. CMA Journal, 1982, 127: 571-572.
- 12.- Lynge, E. Regional trends in incidence of cervical cancer in Denmark in relation to local smear-taking activity. International Journal of Epidemiology, 1983, 12 (4): 405-413.
- 13.- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Cervical Cancer Information in the Americas. Cervical Cancer Control Meeting. México, 1984, 12 p. poligrafiado.
- 14.- Robinson, J. Cervical Cancer: a feminist critique. The Time Health supplement 27.11., 1981, London p. 16.
- 15.- Robinson, J. Cancer of the cervix: occupational risks of husbands and wives and possible preventive strategies. Preclinical neoplasia of the cervix. Proceedings of the Ninth Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, October 1981, London et al (eds), London, 1982, 11-27.
- 16.- Rotkin, I.D. Etiology and Epidemiology of cervical cancer. Dallenbach-Hellweg (ed). Springer-Verlag, Heidelberg, 1981, 70: 81-110.
- 17.- Rotkin, I.D. Origins and development of cervical cancer. In Cancer Campaign, cancer epidemiology. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart, New York, 1972, 6: 239-248.
- 18.- Segi, M.; Hattori, H. and Segi, R. Age-Adjusted death rates for cancer for selected sites in 46 countries in 1975. Segi Institute of Cancer Epidemiology, Nagoya, Japan, 1980, 23 p.
- 19.- Task Force Canadiense. Cervical Cancer screening programs summary of the 1982, Canadian task force report. CMA Journal, 1982, 127: 581-586.
- 20.- Terris, M.; Wilson, F. and Nelson, J. Comparative epidemiology of invasive carcinoma of the cervix, carcinoma in situ and cervical displasia. American Journal of Epidemiology, 1980, 112 (2): 253-257.
- 21.- Wahl, P.; Quereux, C.; Sandrin, R. et De-caux, J. La femme menopausee est-elle a l'abri du risque du cancer du col? Gynecologie, 1982, 33 (4): 269-274.
- 22.- Wfelder, H. Carcinoma of the cervix. Introductory Seminars in Oncology, 1982, 9 (3): 249-256.