

GINECOLOGIA

CANCER DE CERVIX EN COSTA RICA. Región Pacífico Central- Área de Salud de Chacarita 2001-2004

Fiorella Bagnarello González *

SUMMARY

Cervical cancer is considered a major public health issue in Costa Rica. It occupies the second place in incidence and the third in mortality. Frequently, this type of cancer is found in the Central Pacific Region, where Chacarita is located. The area is considered highly affected by this pathology.

Abreviaturas

PAP: Papanicolaou, Ca: Cáncer, ASCUS: Células epiteliales de clasificación incierta.

INTRODUCCION

El cáncer de cérvix se considera un problema de salud pública de gran importancia en Costa Rica, ya que según las últimas estadísti-

cas del Registro Nacional de Tumores, a nivel nacional ocupa el segundo lugar en incidencia y el tercero en mortalidad.

DISCUSIÓN

Para el año 2002 la tasa de mortalidad de tumores malignos en las mujeres de Costa Rica se presenta en el siguiente orden 1:

- (1) Cáncer de Mama
- (2) Cáncer de Estómago
- (3) Cáncer de Cuello de Útero

No obstante, es importante señalar que para este mismo año, la mortalidad del cáncer de cérvix se redujo de una manera significativa ([Tabla 1](#)). Esto puede atribuirse parcialmente a la detección temprana del mismo mediante campañas de tamizaje. Con respecto a la incidencia reportada en el 2000,

en nuestro país, el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar (18,17 por cada 100 000)⁽²⁾.

Esta enfermedad se manifiesta en forma importante a partir de los 20 años de edad, alcanzando su máxima frecuencia en el grupo de todos los tumores de cuello uterino.⁽²⁾ Se han realizado varios intentos para controlar el cáncer de cuello de útero pero no se han obtenido los resultados esperados, porque a pesar de notarse en el país una tendencia general de disminución, las tasas de incidencia y mortalidad son todavía varias veces más altas que en otros países.⁽³⁾ La siguiente tabla compara Costa Rica con Canadá, que actualmente se considera el país con mortalidad por tumor de cérvix más baja en América ⁽²⁾ [Gráfico 1](#).



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Tabla 1. Tasa de Mortalidad de Cáncer de Cérvix 2000-2002

Año	Tasa de Mortalidad p/ Cada 100.000 Mujeres
2000	7,88
2001	8,81
2002	5,28

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

Tabla 2. Población Clínica Chacarita 2000-2004

Año	2000	2001	2002	2003	2004
15-34 Años	3.903	4.087	4.081	4.248	3.792
35+	3.692	3.842	4.056	4.096	3.647
Población Total	7.595	7.929	8.137	8.344	7.439

Cáncer de Cérvix Región Pacífico Central - Chacarita

A nivel nacional, el cáncer de cuello uterino es más frecuente en las regiones Huetar Atlántico, Brunca, Chorotega y Pacífico Central.(3) Esta última está constituida por las áreas de salud, dentro

de las cuales se encuentra Chacarita. Para el año 2003, el 19% de los papanicolaous alterados de toda la Región Pacífico Central correspondió al área de Chacarita para un total de 82 citologías alteradas de las 425 realizadas según datos suministrados por coordinadores de sub-programas de

Salud de la Mujer.

Chacarita consta de una población total femenina de 11.028. Para efectos prácticos esta se divide en los siguientes grupos etéreos:

- Grupo A: 15 a 34 Años
- Grupo B: 35 + Años.

El grupo predominante en la población es el grupo A (Tabla 2). Este podría considerarse el más susceptible a factores de riesgo para el desarrollo de los tumores malignos de cuello de útero. No obstante, todas las mujeres con vida sexual activa tienen riesgo de padecerlo. La enfermedad es más común en las mujeres de baja condición socioeconómica, con historia de múltiples compañeros sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales, multíparas y fumadoras. El factor de riesgo más importante, es la infección por el virus del Papiloma Humano (VPH) de tipo oncogénico, especialmente el tipo 16 en más del 50 % de los casos.(1).

El porcentaje de papanicolaous realizados en el área con respecto a la población total ha ido aumentando a través de los años. En este sentido es importante señalar que las estadísticas para el año 2004, no incluyen los meses de noviembre y diciembre (Tabla 3). Es importante destacar la prevalencia del porcentaje de papanicolaous realizados, del grupo B sobre el grupo A.

Esto puede atribuirse parcialmente a una mayor concientización dentro de la población con mayor grado de madurez, acerca de la trascendencia del estudio.

Tabla 3. Citologías Realizadas Clínica Chacarita 2000-2004

Año	2000	2001	2002	2003	2004
PAP Realizados en Mayores de 35 Años	1.112	1.084	1.167	1.179	952
PAP Realizados en Menores de 34 Años	1.039	1.165	1.185	1.317	1.086
Total de PAP Realizados	2.151	2.249	2.352	2.496	2.038
Porcentaje con Respecto a Población Total	28,30	28,40	28,90	29,90	27,40

Tabla 4. PAP Alterados Clínica Chacarita 2000-2004

Año	2000	2001	2002	2003	2004
PAP Alterados	17	108	54	82	52
Porcentaje con Respecto a PAP Realizados	0,80	4,80	2,30	3,30	2,60

Tabla 5. Diagnósticos de Citologías Alteradas Clínica Chacarita 2000-2004

Grupo	2001		2002		2003		2004	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Displasia Leve	37	29	17	12	24	24	23	12
Displasia Moderada	23	10	9	2	8	7	7	4
Displasia Severa	1	5	1	3	0	4	1	1
Ca in situ	1	0	0	0	0	0	1	1
Ca invasor	1	0	0	1	0	1	0	0
Ascus	1	0	3	6	6	8	2	0
Total	64	44	30	24	38	44	34	18

Con respecto a los resultados obtenidos, el número de papanicolaous alterados ha variado considerablemente de un año a otro (Tabla 4). Para el año 2001, se registraron un número importante de citologías alteradas, lo que corresponde a un 4,8% de los papanicolaous realizados en ese año. El diagnóstico prevalente en los últimos 4 años para ambos grupos es la displasia leve, seguida de la moderada. (Tabla 5). Afortunadamente la incidencia de lesiones avanzadas es muy baja, reportándose solamente un cáncer invasor por año en el período 2001- 2003 Y ninguno hasta el mes de octubre para el 2004. El cáncer de cuello uterino es actualmente una enfermedad prevenible, a través de programas de tamizaje con citología exfoliativa para determinar

lesiones precancerosas. Lo que pretende la Clínica de Chacarita, como primer nivel de atención, es una captación temprana de las lesiones mediante estos programas y de esta forma obtener un mejor pronóstico que las patologías detectadas en estadíos avanzados.

Los programas precancerosos deben ser iniciados por los proveedores de salud en personas sanas para detectar a aquellas que pueden tener el problema en estudio y que por lo tanto, necesitan una evaluación diagnóstica más detallada.

importancia en Costa Rica ya que ocupa el segundo lugar en incidencia y el tercero en mortalidad. Dentro de las regiones que se presenta con más frecuencia se encuentra la Región Pacífico Central, la cual comprende el Área de Salud de Chacarita. Esta área es considerada altamente afectada por esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeChemey A, Nathan L. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobslétrico. México, Editorial El Manual Moderno. 8va Edición. 2003.
2. Duarte Ruano M .. et al. Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006. Caja Costarricense del Seguro Social. Corporación Litográfica Internacional S.A. Primera Edición.
3. Herrero Acosta R. Balmaceda Arias; I, Bratti Verdejo C. Manual de Normas y Procedimientos en Citología Vaginal. Programa Nacional de Detección y Control de Cáncer de Cuello de Útero. Caja Costarricense del Seguro Social. Ministerio de Salud.

RESUMEN

El Cáncer de Cérvix constituye un problema de salud pública de gran