

vigentes de aislamiento preventivo mientras duren la evaluación y el tratamiento.

Cabe tener presente que un diagnóstico confirmado de otra enfermedad no descarta la posibilidad de que se trate de un caso de SARS, ya que es frecuente la coinfección por SARS-CoV y otros patógenos respiratorios. En particular debe procurarse no descartar el diagnóstico de SARS si hay elementos epidemiológicos que vinculen al paciente con otros casos conocidos de SARS o si el paciente forma parte de un brote con características similares. El único método de laboratorio disponible en la actualidad para descartar el diagnóstico de infección por SARS-CoV es tener un resultado negativo a la prueba serológica en la etapa de convalecencia, es decir, después de más de 28 días de la aparición de los síntomas.

Debido a que la identificación de los nuevos casos de SARS depende de su contacto con otras personas o con zonas afectadas por esta infección, los médicos deben mantenerse informados acerca de la distribución geográfica del SARS. Esta información puede encontrarse en los sitios de Internet de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América (<http://www.cdc.gov>) y de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int>). (Jernigan JA, Low DE, Helfand RF. Combining clinical and epidemiologic features for early recognition of SARS. *Emerg Infect Dis* [serial online]. 2004 (febrero). Hallado en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no2/03-0741.htm> Acceso el 18 de febrero de 2004.)

Estadísticas de cáncer de los Estados Unidos, 2004

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta el sector de la salud pública en países desarrollados, particularmente en los Estados Unidos de América (EUA), donde actualmente una de cada cuatro muertes se debe a esa enfermedad. En el artículo que aquí se describe se dan las cifras de los indicadores más frecuentemente empleados en relación con el cáncer en ese país para el año 2004.

Las tasas de incidencia y mortalidad que se ofrecen han sido ajustadas según la distribución de edades de una población estándar de un millón de personas en el año 2000. Los datos se obtuvieron del Centro Nacional para las Estadísticas de Salud [*National Center for Health Statistics, NCHS*], del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales [*Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER)*] del Instituto Nacional del Cáncer, y de la Oficina del Censo de los EUA. Las causas de muerte se codificaron y clasificaron según la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8, CIE-9*

y *CIE-10*). Los casos de cáncer se clasificaron por sitio anatómico de acuerdo con la segunda edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología*.

El número de casos de cáncer que se espera diagnosticar en los EUA durante el año 2004, calculado mediante un modelo autorregresivo cuadrático de tendencias temporales, se ajustó a las cifras anuales estimadas. Estas se basaron a su vez en las estimaciones de los nuevos casos de cáncer en los EUA efectuadas a partir de los datos de incidencia por grupos de edad registrada anualmente entre 1979 y 2000 por el SEER, y de los datos de población de la Oficina del Censo de los EUA. La proyección de las causas de muerte se basó en las causas declaradas en los certificados de defunción, según el NCHS.

Se calcula que en 2004 ocurrirán 1,4 millones de nuevos casos de cáncer invasor en los EUA. Además, se espera diagnosticar más de un millón de casos de cáncer de piel de células basales y escamosas, 59 390 casos de carcinoma in situ de la mama y 40 780 casos de melanoma in situ.

Más de 55% de los nuevos casos de cáncer en hombres serán de próstata, pulmones y bronquios, y colon o recto. El cáncer de próstata será el más frecuente (33%) y, según los datos de 1992 a 1999, aproximadamente 86% de los nuevos casos serán diagnosticados en los estadios de diseminación local o regional, con tasas de supervivencia a los cinco años de 100%. En cuanto a las mujeres, los cánceres más frecuentes (55% en conjunto) serán de mama, pulmón y bronquios, y colon o recto. El más frecuente será el de mama (32%). Se espera que durante el año 2004 ocurran 563 700 muertes por cáncer en la población estadounidense.

Las tendencias de las tasas de incidencia y de mortalidad han sufrido variaciones debido a algunos cambios introducidos en la clasificación de cánceres en la CIE-10. No obstante, las tasas de mortalidad han continuado disminuyendo tanto en hombres como en mujeres para los cuatro tipos principales de cáncer, salvo en el caso de cáncer de pulmón, cuya incidencia se ha reducido en los hombres pero sigue aumentando en las mujeres. Las tasas de incidencia de cáncer de próstata y de cáncer de mama siguen subiendo, aunque menos aceleradamente. El aumento de cáncer de mama observado en los últimos tiempos podría estar reflejando un mayor uso de los tratamientos de sustitución hormonal, una mayor prevalencia de obesidad o la combinación de ambos factores.

Las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer varían ampliamente entre los diferentes grupos raciales y étnicos. En general, las tasas de incidencia y de mortalidad de los estadounidenses de origen africano son 25% y 43% mayores, respectivamente, que las de los blancos. Aunque las estadouni-

denses de origen africano presentan menores tasas de incidencia de cáncer que las mujeres blancas, su tasa de mortalidad por cáncer es 20% mayor. Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago y cervicouterino entre las estadounidenses de origen africano es más del doble de la observada en mujeres blancas de ese país. Esto puede deberse a una mayor exposición de aquellas a los factores de riesgo. En el caso particular del cáncer de mama, las estadounidenses blancas tienen una mayor tasa de incidencia que las de origen africano, posiblemente debido a la combinación de diferentes factores, entre ellos que las mujeres blancas se someten a mamografías con mayor frecuencia, tienen sus embarazos a mayor edad y usan más tratamientos de reemplazo hormonal. Las tasas de incidencia y mortalidad en otros grupos raciales y étnicos son inferiores a las que presentan los estadounidenses blancos y de origen africano, excepto en el caso del cáncer cervicouterino, gástrico y hepático.

La probabilidad de sufrir de cáncer en algún momento durante la vida es mayor entre los hombres (45%) que entre las mujeres (38%). Sin embargo, debido a la frecuencia del cáncer de mama, las mujeres presentan una probabilidad ligeramente mayor que los hombres de sufrir un cáncer antes de los 60 años de edad.

Las tasas de supervivencia una vez diagnosticado el cáncer son menores entre hombres y mujeres de origen africano que entre los otros grupos; el diagnóstico de cáncer en estadios tempranos es menos frecuente entre los descendientes de africanos que entre la población blanca. Además, los estadounidenses de origen africano, al igual que las personas de origen hispano, tienen una menor tasa de supervivencia a los cinco años de diagnosticada la enfermedad que los blancos, independientemente del estadio en el momento del diagnóstico, lo cual puede indicar que hay disparidad en el acceso de estos grupos a una atención médica de buena calidad y en la presencia simultánea de trastornos distintos del cáncer. Las personas que pertenecen a poblaciones minoritarias tienen una mayor probabilidad que la que las de raza blanca de recibir un diagnóstico de cáncer en estadio avanzado.

Después de los accidentes, el cáncer es la segunda causa más importante de muerte en niños de 1 a 14 años en los EUA. Los tipos de cáncer más frecuentes en estos niños son la leucemia (especialmente la leucemia linfocítica aguda), los tumores del sistema nervioso central y del sistema simpático, los linfomas, los sarcomas de tejidos blandos y los tumores renales. La tasa de supervivencia relativa en los niños a los cinco años de diagnosticada la enfermedad ha mejorado significativamente en los últimos 25 años para muchos tipos de cáncer, entre ellos el linfoma no hodgkiniano, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda y el tumor de

Wilms. La tasa de supervivencia relativa a los cinco años de diagnosticada la enfermedad en niños con cáncer en cualquier parte del organismo mejoró de 56% en los pacientes diagnosticados entre 1974 y 1976, a 78% en los diagnosticados entre 1992 y 1999.

Las cifras estimadas aportadas por la Sociedad Estadounidense del Cáncer permiten conocer los patrones actuales de incidencia y mortalidad por cáncer en los EUA. Estos valores tienen la finalidad de ayudar a perfilar los esfuerzos emprendidos para reducir el peso del cáncer en la salud pública, pero no deben utilizarse para seguir la incidencia y la mortalidad anuales. (Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2004. CA Cancer J Clin. 2004; 54:8-29. Puede encontrarse en: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/54/1/8> Acceso el 15 de febrero de 2004.)

Método de detección viral comparado con la prueba citológica periódica para el tamizaje de mujeres

El objetivo principal del tamizaje citológico mediante la prueba de Papanicolaou es identificar a las mujeres con lesiones cervicouterinas que conlleven un mayor riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino. Estas mujeres deben recibir seguimiento y tratamiento adecuados para evitar la progresión hacia un cáncer invasor. Los expertos coinciden en opinar que las mujeres con lesiones citológicas avanzadas en el cuello uterino se deben remitir inmediatamente para un estudio más profundo; no obstante, todavía se discute cómo se debe proceder con las mujeres que presentan lesiones citológicas de escasa malignidad.

Los resultados obtenidos hasta el momento acerca del papel etiológico que desempeña la infección por virus del papiloma humano (VPH) en el desarrollo del cáncer cervicouterino y de las neoplasias intraepiteliales cervicouterinas indican que la prueba de detección de VPH se puede utilizar como método de tamizaje para identificar a las mujeres en mayor riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino y que, por lo tanto, deben ser remitidas para un examen por colposcopia. Sin embargo, los resultados acerca de la utilidad del tamizaje por VPH en mujeres con resultados citológicos indefinidos son contradictorios.

Se realizó un metaanálisis para analizar toda la información disponible en la literatura científica acerca de la exactitud diagnóstica de la prueba detectora de infección por VPH. Se tomaron los datos de los artículos publicados entre 1992 y 2002 que describieran los resultados de las pruebas virológicas y citológicas seguidas de biopsias guiadas me-