



## **RASTREO DE CÁNCER CERVICOUTERINO**

**Prevalencia de lesiones y rangos etarios de cribado  
en efectores públicos de salud de la ciudad de Rafaela  
en el período 2016-2017**

**Baralle, María Magdalena; Boidi, Gisel Romina; Fourcade, Germán Gustavo**

**31 de agosto de 2017**

**LUGAR DE REALIZACIÓN:** Residencia de Medicina General y Familiar  
Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"

**DIRECCIÓN:** L. de la Torre 737; Rafaela - Santa Fe; CP 2300

**TELÉFONO:** (03492) 421721

**E-MAIL:** giselrominaboidi@gmail.com

**TIPO DE TRABAJO:** trabajo de investigación

**CATEGORÍA TEMÁTICA:** epidemiología

**ENFOQUE:** cuantitativo

**Trabajo inédito**

## **RASTREO DE CÁNCER CERVICOUTERINO**

### **prevalencia de lesiones y rangos etarios de cribado en efectores públicos de salud en la ciudad de Rafaela en el período 2016-2017**

Baralle, María Magdalena<sup>1</sup>; Boidi, Gisel Romina<sup>2</sup>; Fourcade, Germán Gustavo<sup>1</sup>

1- Residentes de 1° año de Medicina General y Familiar Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"

2- Médica Generalista, tutora de la Residencia de Medicina General Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela" y Directora del CAPS n° 1 - CIC Barrio Monseñor Zaspe

---

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** el Cáncer Cervicouterino(CCU) refleja la desigualdad social en salud. El PAP en programas organizados de cribado demostró ser costo-efectivo para reducir la morbi-mortalidad. La inadecuada cobertura constituye un problema recurrente de los programas de cribado latinoamericanos. Los test se concentran en mujeres jóvenes y con frecuencia mayor a la necesaria. **OBJETIVO:** evaluar los rangos de edad de cribado y la prevalencia de resultados anormales detectados en las muestras de PAP tomadas durante el período 2016-2017 en los efectores públicos de la ciudad de Rafaela. **METODOLOGÍA:** estudio descriptivo,transversal,cuantitativo de las muestras de muestras de PAP de los centros de atención primaria y el hospital;los datos se procesaron utilizando Excel e Infostat y se analizaron en relación a calidad de la muestra, rangos de edad de cribado (según recomendaciones del Programa Nacional de Prevención de CCU),resultados (sistema Bethesda) y primer PAP realizado. **RESULTADOS:**N 2863. 97,7% de muestras satisfactorias,71% dentro de la edad de rastreo(25-64 años),44% son grupo de alto riesgo(35-64 años) y 29% están fuera del rango (<25->65 años).25 % son PAP por primera vez y de éstos el 35 % está fuera de la edad de cribado. Se detectó 4% de resultados anormales y una prevalencia mayor de H-SIL en mujeres dentro del rango de edad de cribado por sobre las que están fuera del mismo(p 0.0126). **CONCLUSIONES:** se detectó una adecuada calidad en la toma y procesamiento de las muestras y un tamizaje excesivo de mujeres con bajo riesgo de desarrollo de CCU. Esto refleja una práctica perjudicial y un uso inadecuado de los recursos sanitarios disponibles.

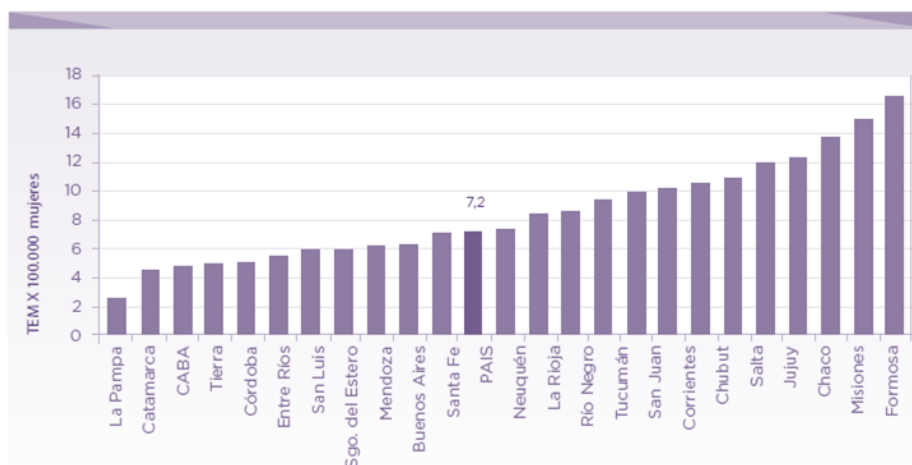
## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero (CCU) es la segunda neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial, representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre los 35 y 64 años y refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud ya que afecta principalmente a mujeres con bajo nivel socioeconómico y de instrucción, que no acceden a los servicios de tamizaje (OPS, 2008). Esto resulta inaceptable ya que se trata de una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer si se detecta precozmente y se atiende eficazmente (OPS, 2016). Las lesiones precursoras del CCU; asociadas en casi su totalidad a infección persistente por Virus Papiloma Humano (VPH) y pasibles de ser tratadas y curadas; son detectables mediante el análisis de citología cervical (PAP). Su aplicación como método de rastreo, en el marco de programas organizados de cribado, ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva para reducir la morbi-mortalidad causada por esta patología (PNPCCU, 2014). A pesar de esto, se reportan 500.000 nuevos casos y 274.000 muertes por año a nivel mundial, el 83% de éstas ocurren en países en vías de desarrollo (MSal Sta Fe, 2011). La baja e inadecuada cobertura constituye un problema recurrente de los programas de cribado implementados en estos países, en los cuales la gran proporción de los test realizados se concentran en mujeres muy jóvenes y se realizan con frecuencia mayor a la necesaria (OPS, 2008). Revertir esta situación; promoviendo programas de rastreo más equitativos, accesibles y eficaces; es uno de los grandes desafíos para los gobiernos de los países en vías de desarrollo. En ese contexto los equipos de salud del primer nivel de atención juegan un papel indispensable no sólo como ejecutores directos de las prácticas de cribado, sino también en la producción de información -componente esencial en la evaluación de los programas- y en la planificación de estrategias de búsqueda activa de mujeres con alto riesgo de CCU.

## IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En **Argentina**, se reportan 5.000 casos nuevos y mueren 1.800 mujeres por año a causa del CCU (PNPCCU, 2015). La tendencia en la mortalidad por CCU demostró un descenso sostenido del orden del 0,6% promedio anual a lo largo de los últimos 18 años, situándose en 2014 en una media de 7,2 (INC, 2016). Como se observa en el gráfico expuesto a continuación, existen notables desigualdades entre las provincias; las mismas han sido asociadas principalmente al porcentaje de NBI, el nivel educativo y la accesibilidad al sistema de salud (INC, 2016). Tal es así, que la razón de tasas muestra 5 veces más riesgo de morir por CCU en las mujeres de la jurisdicción con mayor porcentaje NBI - Formosa; 19,7% - en relación con la que presenta menor porcentaje de población con NBI - La Pampa; 3,8%.

Mortalidad por cáncer cervicouterino según Jurisdicción. Tasas estandarizadas por edad según población mundial estándar por 100.000 habitantes. Argentina, 2014



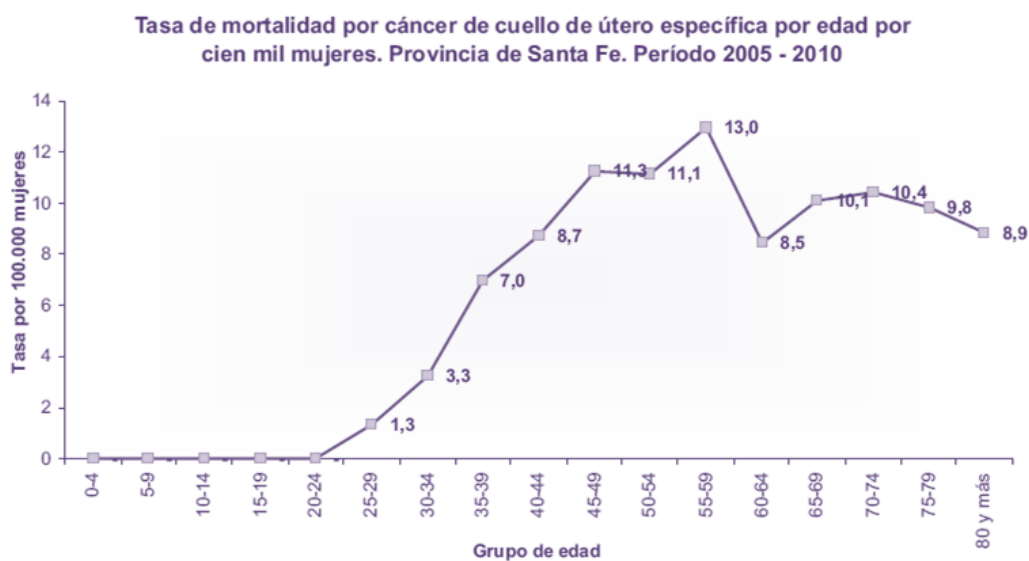
Fuente: SIVER / INC en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016.

FUENTE: Análisis de Situación de Salud por Cáncer en Argentina ( INC, 2016)

**Santa Fe** cuenta con un Programa de Prevención del CCU desde el año 1998, que fue transitando numerosos cambios tendientes a adecuar el mismo a las metas de calidad propuestas por el programa nacional y en línea con la OMS. En la actualidad el mismo cuenta con 3 laboratorios especializados donde se centraliza el procesamiento de las muestras de toda la provincia y un sistema on-line propio de carga de datos de PAP y biopsia, llamado SISAP. El

laboratorio ubicado en Santa Fe, “Dr. Daniel Rocco”, se inauguró en el año 2009; procesa actualmente muestras provenientes de los nodos Santa Fe, Rafaela y Reconquista y supera el mínimo de 20.000 muestras anuales y el 90% de muestras satisfactorias, mostrando un nivel adecuado de técnica de lectura en concordancia con los estándares de calidad propuestos por la OMS.

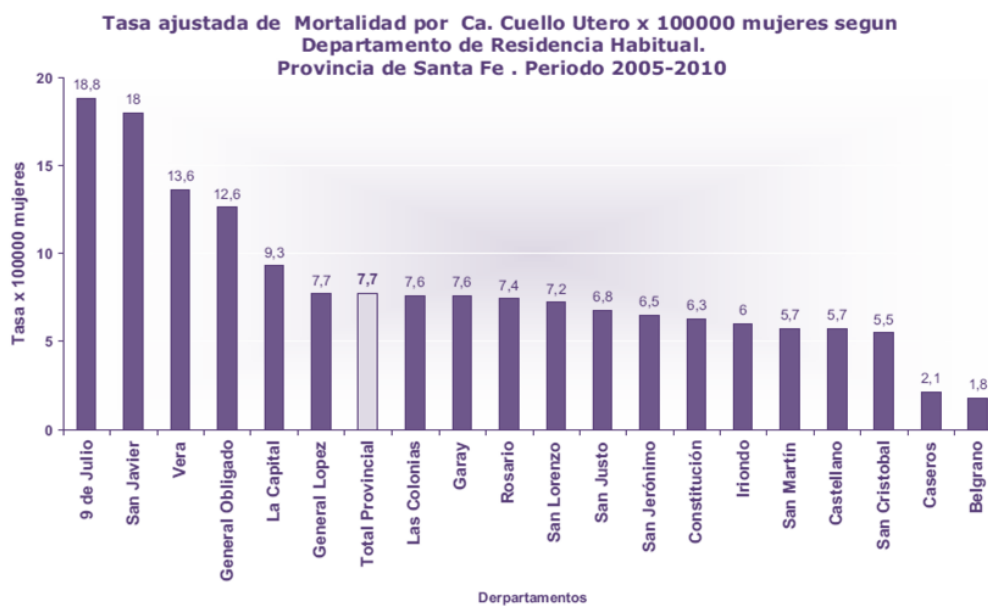
En base a los datos reportados por el programa provincial, la tasa de mortalidad específica por CCU en Santa Fe es del 7,7/100.000. El comportamiento de la mortalidad por rangos de edad permite observar que las defunciones por cáncer de cuello comienzan a tener registros a partir de los 25-29 años; el incremento más significativo se da entre los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39 hasta alcanzar un valor máximo en el grupo de 55 a 59 años de edad; para luego descender y estabilizarse a partir de los 65 años (MSal Sta Fe, 2011).



Fuente: Elaboración propia datos brindado por la Dirección General de Estadística de la Provincia.

FUENTE: Situación del cáncer de cuello uterino en la provincia de Santa Fe (MSal Sta Fe, 2011)

Las heterogeneidades visualizadas a nivel nacional en relación a los factores socioeconómicos también están presentes en la provincia: los departamentos de 9 de julio, San Javier, Vera y Gral. Obligado- con los índices de NBI más alto y menor porcentaje de cobertura de salud - presentan tasas más alta de mortalidad, superando en 3 veces la media provincial.



Elaboración propia datos brindado por la Dirección General de Estadística

FUENTE: Situación del cáncer de cuello uterino en la provincia de Santa Fe (MSal Sta Fe, 2011)

El departamento Castellanos - donde se ubica la ciudad de Rafaela- presentó una tasa de mortalidad del 5,7 durante el período 2005-2010, situándose 2 puntos por debajo de la media provincial; sin embargo no contamos con datos específicos de nuestra ciudad. Si bien los CAPS de la ciudad de Rafaela tienen diversos registros propios relacionados al cribado de CCU, la mayoría de ellos no está unificado ni es sistematizado (Boidi, Dellavia, & Perret, 2015) y el hospital no cuenta con un registro específico. Las muestras tomadas en los efectores públicos de salud de Rafaela - consultorios ambulatorios de ginecología y los 11 CAPS- comenzaron a procesarse en el laboratorio “Dr. Daniel Rocco” a partir del 2016, esto ocurrió en simultáneo con la incorporación de la carga de prestaciones de todos los CAPS al sistema informático de Atención Primaria -SICAP- que permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los efectores del primer nivel de atención y vincula además los datos de SISAP.

Consideramos que es imprescindible contar con información sistematizada sobre los propios servicios de salud que brindamos ya que el rol de la investigación socio-sanitaria en el territorio es primordial: debe ser desarrollada y producida en el Primer Nivel de Atención (PMC, 2005).

La problemática del CCU no ha sido objeto de trabajos de investigación a nivel local. En nuestra Residencia de Medicina General existieron proyectos de Consultorios Focalizados en Salud Sexual y Reproductiva llevados adelante en los CAPS en los cuales los residentes realizan su rotación. Del análisis no sistemático de estas experiencias pudimos concluir que la mayoría de las mujeres que accedían a éste dispositivo de atención eran mujeres jóvenes y la principal motivación para la realización del PAP estaba relacionada directamente con la anticoncepción o en el control prenatal. A su vez, durante el transcurso del 2016, el fallecimiento por CCU de una paciente de 43 años nos motivó a reflexionar sobre las prácticas de cribado de CCU realizadas en nuestro CAPS. Esta paciente era trabajadora sexual y tabaquista, vivió durante 20 años a 2 cuadras del CAPS y jamás se había realizado un PAP; el diagnóstico de Carcinoma Invasor de Cuello de Útero estadio IIIb se realizó posterior a un episodio de ginecorragia que requirió internación y derivación a centro de mayor complejidad. A partir de estos procesos de reflexión; y en base a las fuentes de datos disponibles; decidimos iniciar un trabajo de investigación con la intención de describir las características generales de las prácticas de cribado de CCU en los efectores públicos de nuestra ciudad. Pretendemos que del análisis de los resultados del mismo puedan surgir propuestas para compartir con los equipos de salud locales en relación a capacitación, intervención y nuevas líneas de investigación.

## **MARCO TEÓRICO**

El desarrollo de CCU está asociada a la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en más del 99% de los casos. Este virus, transmisible a través de las relaciones sexuales, afecta entre un 50 a 80% de las mujeres al menos una vez en la vida y se estima que sólo el 5% de las mujeres infectadas contraerán infecciones persistentes pasibles de producir displasia de células cervicales. Estas displasias van a presentar diferentes grados de evolución, siendo más prevalentes las formas de bajo grado. La mayor parte de estas lesiones remiten

espontáneamente y sólo algunas, de alto grado, progresan a las formas de carcinoma invasor. El tiempo de evolución para que una displasia progrese hacia un carcinoma invasor puede llevar entre 10 y 20 años, durante esta etapa es posible detectarlo de manera temprana y el tratamiento es con frecuencia curativo (PNPCCU, 2014). Todas estas características del CCU cumplen con los criterios de Frame y Carlson para que una enfermedad sea rastreada (Kopitowski, 2016): la enfermedad tiene un largo período asintomático; es prevalente y causa alta morbimortalidad; existe diversos test diagnósticos eficaces y aceptables que puede detectar la enfermedad durante el período asintomático, de los cuales es más usado es el análisis de la citología cervical exfoliativa con tinción de Papanicolaou (PAP); existen varios tratamientos efectivos para realizar en el período asintomático: la conización, la criocirugía, etc; y el tratamiento llevado a cabo durante el período asintomático disminuye la morbimortalidad real.

**El método de cribado más ampliamente usado a nivel mundial es la citología cervical exfoliativa o Papanicolaou (PAP).** El rédito diagnóstico de la prueba depende de la calidad de los servicios: desde la toma de muestras hasta su posterior procesamiento en el laboratorio. En condiciones óptimas la citología convencional permite detectar hasta el 84% de casos de lesiones precancerosas y cancerosas, mientras que en condiciones desfavorables la sensibilidad puede llegar a disminuir hasta un 38%; la especificidad de la prueba puede llegar al 90%, es decir que presenta poca chance de falsos positivos (Programa Remediar, 2015). La clasificación de los resultados se realiza en base al sistema Bethesda, nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología. La intencionalidad del sistema es distinguir entre anormalidades que son poco probables de progresar a cáncer y aquellas que más probablemente indiquen lesión precancerosa o lesión cancerosa.

Hay **grandes controversias** entre las distintas autoridades sanitarias y grupos de expertos acerca de la **edad de inicio recomendada y la periodicidad de la realización del tamizaje**. La recomendación de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (IARC, OMS) es no tamizar a las mujeres menores a 25 años dada la baja prevalencia de las lesiones precursoras en este grupo etario y los elevados costos



que generarían tanto para la salud de las mujeres - debido a la alta prevalencia de lesiones preclínicas en este grupo de edad, muchas de las cuáles van a involucrar espontáneamente- como para el propio sistema de salud.

La **edad de inicio** recomendada para el rastreo es variable. Por ejemplo, en Canadá y EE.UU. la edad de comienzo del tamizaje es a los 20 años y en Finlandia y los Países Bajos comienzan a partir de los 30 años. Sobre la base de estudios diseñados para determinar la frecuencia del tamizaje, se observó que la efectividad de la prueba citológica fue relativamente baja en mujeres jóvenes, pero que esta aumentaba en mujeres de más edad (IARC, 2014). Sobre esta observación, Inglaterra decidió cambiar la edad de inicio de 20 a 25 años. No obstante, existe suficiente evidencia científica de que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional reduce la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más, teniendo un menor impacto en las menores de 35, razón por la cual los recursos y esfuerzos deben concentrarse en este grupo de alto riesgo (PNPCCU, 2014).

La **periodicidad de realización del tamizaje** depende de la efectividad comparativa de cada intervalo de frecuencia y a los recursos disponibles. Como se observa en la tabla siguiente, en base a un estudio colaborativo llevado a cabo por la IARC en ocho países, se demostró que poco se gana en eficiencia con el tamizaje anual comparado con el tamizaje cada dos o tres años (PNPCCU, 2014) (Programa Remediar, 2015).

Frecuencia de tamizaje	% de reducción de la tasa de incidencia acumulada	Cantidad de tests
Anual	93,5	30
Cada 2 años	92,5	15
Cada 3 años	90,8	10
Cada 5 años	83,6	6
10 años	64,1	3

Fuente: IARC 2005.

FUENTE: Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino (PNPCCU, 2014)

Los países desarrollados que han logrado disminuir su incidencia y mortalidad por CCU han aplicado programas **organizados basados en: alta cobertura y calidad; seguimiento y tratamiento oportuno de las mujeres con resultados positivo** (MSal Sta Fe, 2011). La **alta cobertura** es uno de los componentes más importantes de un programa efectivo, la misma se define como el porcentaje de mujeres que integran la población objetivo del programa y que han sido tamizadas en un período de tiempo determinado. El objetivo de cobertura de un programa debe ser tamizar al menos el 80% de la población objetivo y evitar tamizar con una frecuencia mayor a la necesaria, ya que se ha demostrado que la alta cobertura de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad es el principal mecanismo para aumentar el impacto cuantitativo del tamizaje, y una estrategia más costo-efectiva que el aumento de la frecuencia. El **tamizaje de buena calidad** constituye otro de los pilares para la efectividad del programa, ya que aún en contextos de alta cobertura si la sensibilidad del test es baja, el programa tendrá un impacto limitado. La baja calidad de la citología ha sido identificada como otro de los problemas recurrentes de los programas latinoamericanos (OPS, 2008); por ello la OMS ha establecido una serie de **condiciones ideales para asegurar el máximo nivel de calidad de lectura de las muestras** (PNPCCU, 2014): la mayor centralización posible del sistema de laboratorios citológicos; el establecimiento de un mínimo de 20.000 muestras por año para mantener un nivel adecuado de técnica de lectura; la existencia de normas de procedimiento claramente explicitadas en manuales o protocolos; la utilización de sistemas de información computarizados que permitan la integración de la información sobre la realización del PAP y biopsias, el diagnóstico y el seguimiento y tratamiento de las mujeres; la entrega en tiempo adecuado de los resultados no debe superar las 4 semanas.

Nuestro país cuenta con un **Programa Nacional de Prevención de CCU desde el año 2008** que establece una estrategia de prevención organizada tendiente a unificar los criterios de acción de todas las provincias y cuyo objetivo final es la reducción de la incidencia y mortalidad causada por esta enfermedad. El mismo recomienda: **iniciar el cribado a partir de los 25 años; prestar especial atención a las mujeres de 35 a 64 años; rastrear a las mayores de 64 años que nunca se hayan realizado uno y realizar un PAP cada 3 años luego de dos PAP anuales consecutivos con resultados negativos.**

## OBJETIVO GENERAL

- Evaluar los rangos de edad de cribado y la prevalencia de resultados anormales detectados en las muestras de citología cervical tomadas durante el período 2016-2017 en los efectores públicos de la ciudad de Rafaela.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el porcentaje de muestras insatisfactorias.
- Calcular la proporción de tamizaje por fuera del rango de edad recomendado en el total de las muestras y en relación al PAP realizado por primera vez.
- Establecer la prevalencia de resultados anormales detectados.
- Comparar la prevalencia de lesiones de alto grado entre grupos incluidos y no incluidos en el rango de edad recomendado.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio **descriptivo, transversal y cuantitativo** en base al análisis de datos extraídos de **SISPAP**, el sistema informático de registro de resultados de citologías cervicales del Laboratorio de Procesamiento de Papanicolaou "Dr. Daniel Rocco" de la provincia de Santa Fe, donde se procesan las muestras de Pap de los centros de atención primaria (CAPS) y el hospital de Rafaela a partir del año 2016<sup>1</sup>. Los datos se procesaron utilizando **Excel e Infostat** y se analizaron en relación a calidad de la muestra, rangos de edad, resultados (según sistema Bethesda) y primer PAP realizado.

La **población** corresponde a **todas las muestras de citología cervical** procesadas en el laboratorio central remitidas por los **efectores públicos de la ciudad de Rafaela** en el **período 1/1/2016 al 31/7/2017**.

---

<sup>1</sup> De los once CAPS de la ciudad, los CAPS n° 6, 10 y 11 están incluidos en las muestras consignadas como hospital ya que todavía no tienen ingresado un código propio.

Los criterios utilizados para considerar adecuado el **rango de edad de cribado** son los establecidos en el Programa Provincial de Prevención de CCU:

- **Rango de edad de cribado (población objetivo): 25 a 64 años**
- **Grupo de riesgo focalizado: 35 a 64 años**
- **Fuera de rango de edad cribado: menores de 25 y mayores de 64 años.**

Para analizar **la calidad de la muestra, el rango de tamizaje y prevalencia de lesiones**; según la clasificación del sistema Bethesda (ver Anexo); se tuvieron en cuenta los valores de referencia de la OMS en relación al monitoreo de programas de cribado de CCU<sup>2</sup>:

- **Porcentaje de muestras insatisfactorias: menor al 10%.**
- **Tamizaje por fuera del rango de edad establecido: menor al 5%.**
- **Prevalencia esperada de ASC-US: menor al 5%**
- **Prevalencia esperada de H-SIL: entre 1 y 5%.**

En relación a los análisis relacionados con el **rango de edad de tamizaje y primer PAP** se utilizó el total de muestras considerando satisfactorias e insatisfactorias ya que la calidad de la muestra es conocida posterior a su procesamiento y esto no influye en el proceso previo de selección de las mujeres a cribar. Para el resto de los análisis se consideraron solo las muestras consignadas como satisfactorias<sup>3</sup>.

No pudimos acceder a un registro completo nominal (por paciente) por lo cual no resultó posible determinar sobretamizaje individual (es decir mujeres cribadas, dentro o fuera del rango establecido, en una frecuencia mayor a la recomendada).

Tampoco existe registro sistematizado tiempo transcurrido entre la toma de PAP y la entrega del resultado a la mujer.

---

<sup>2</sup> Adoptados por el Programa Nacional y Provincial de Prevención de CCU.

<sup>3</sup> Dentro de las muestras consideradas como satisfactorias para su procesamiento se incluyen muestras limitadas por inflamación y/o por ausencia de células endocervicales o de zona de transformación.

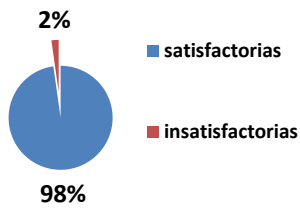
## RESULTADOS

Durante el período **1/1/2016 al 31/7/2017** se tomaron **2863 muestras de citologías cervicales** en los efectores públicos de la ciudad de Rafaela de las cuales el **97,77 %** fueron consideradas **satisfactorias** para su procesamiento.

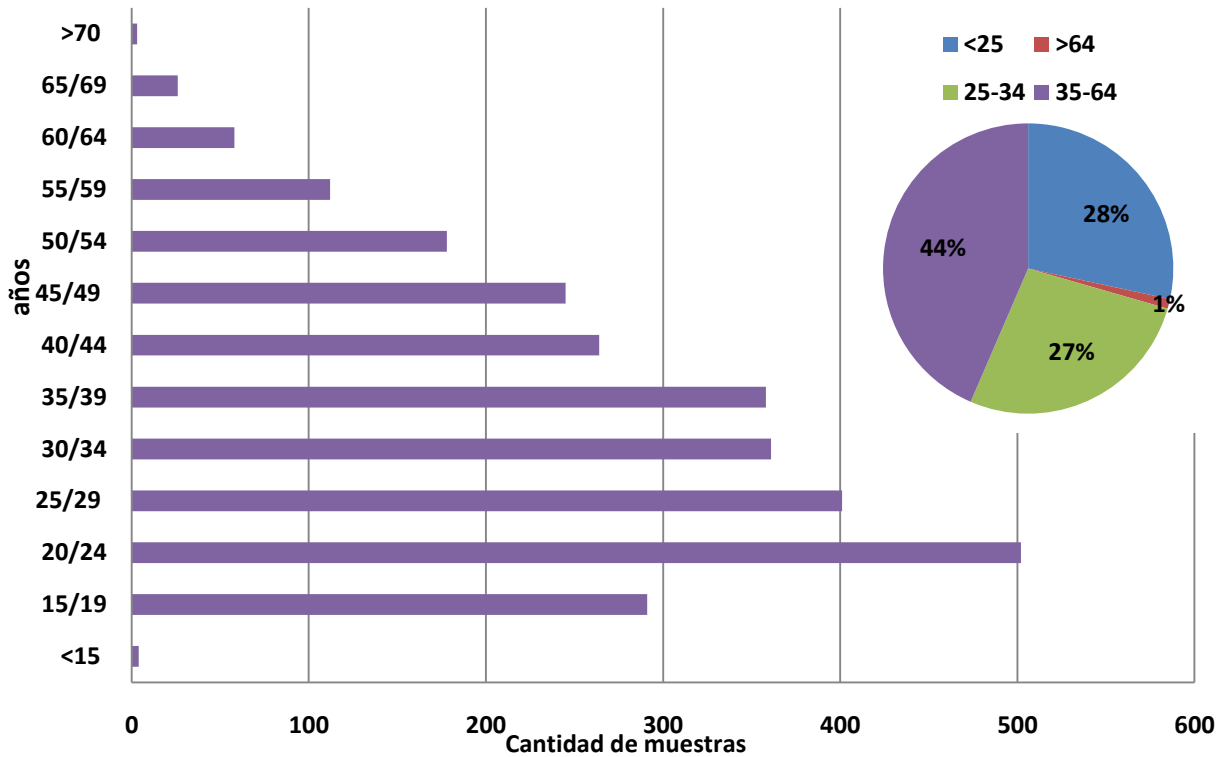
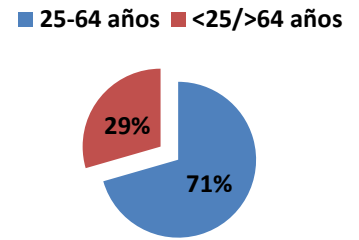
En relación a los rangos de edad el **71%** corresponden al grupo **dentro de la edad de rastreo**, el **44%** al grupo considerado de **alto riesgo** y el **29%** **está por fuera del rango de cribado (gráfico 1)**. Cuando disgregamos éstos datos **por efector** observamos que existe variabilidad entre los mismos respecto al porcentaje de muestras tomadas por fuera de la edad de cribado en donde los CAPS 2, 5, 7 y 9 están por encima de la media de la muestra total **(gráfico 2)**. A su vez, el **25 %** de las muestras corresponden a mujeres que **se realizaron el PAP por primera vez** y de éstas el **35 % está fuera de la edad de cribado (gráfico 3)**.

La prevalencia de **resultados anormales** del total de muestras es del **4%** dentro de la que se incluye **0.74% H-SIL; 1.14% L-SIL; 1.67% AS-CUS; 0.14% ACG-NOS; 0.03% ACG y 0.03 CCE (gráfico 4)**. Respecto a las **lesiones de alto grado** en relación a la edad observamos una **prevalencia mayor de H-SIL** en las mujeres **dentro del rango de edad de cribado** por sobre las que están fuera del mismo, resultando esta diferencia estadísticamente significativa **(0.01 vs 0.001 - p 0.0126)**.

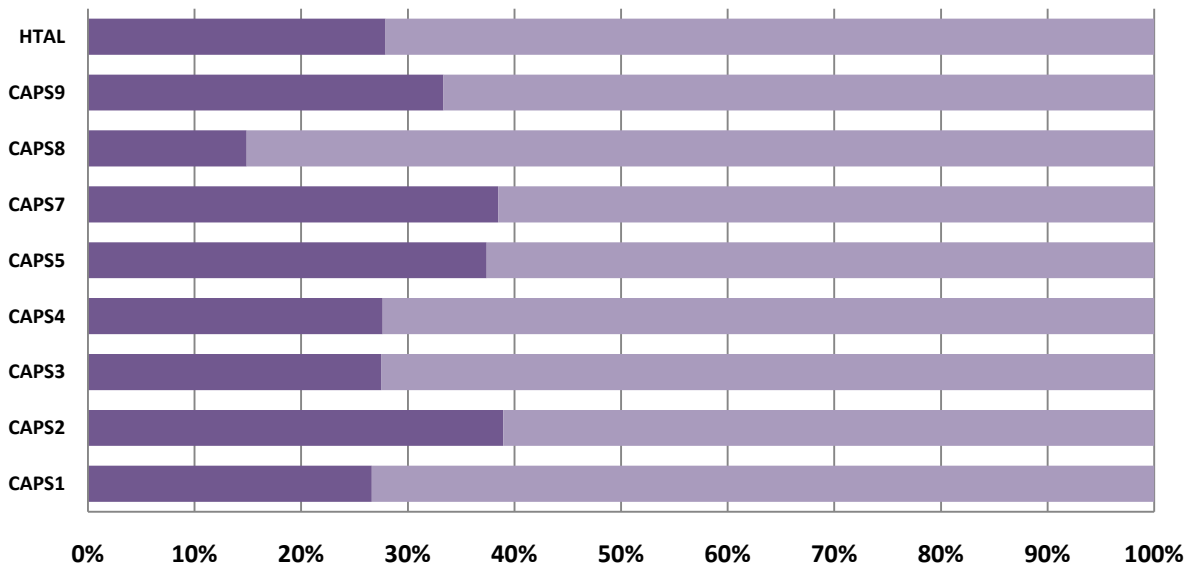
Por último, nos pareció importante destacar que el **45%** de las muestras corresponden al hospital (gráfico 5).



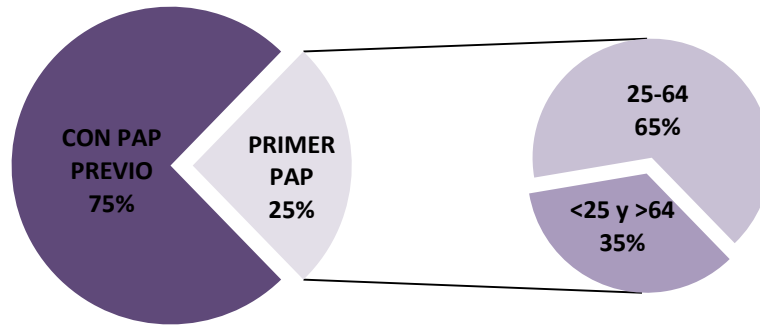
**GRÁFICO 1**  
**Calidad y relación porcentual**  
**de las muestras de**  
**citología cervical**  
**según rango de edad**  
**Efectores Públicos Rafaela**  
**1-1-2016 a 31-7-2017**



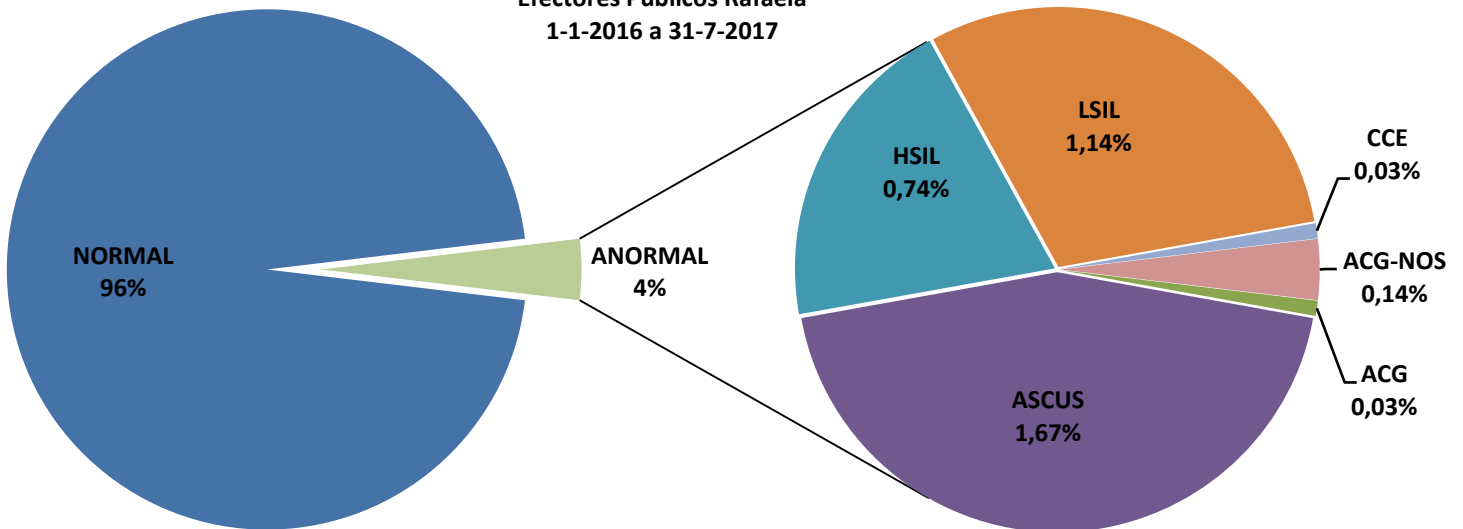
**GRÁFICO 2**  
**Relación porcentual de muestras de citología cervical**  
**en relación a grupos de edad disgregados por efector**  
**Efectores Público Rafaela**  
**1-1-2016 a 31-7-2017**



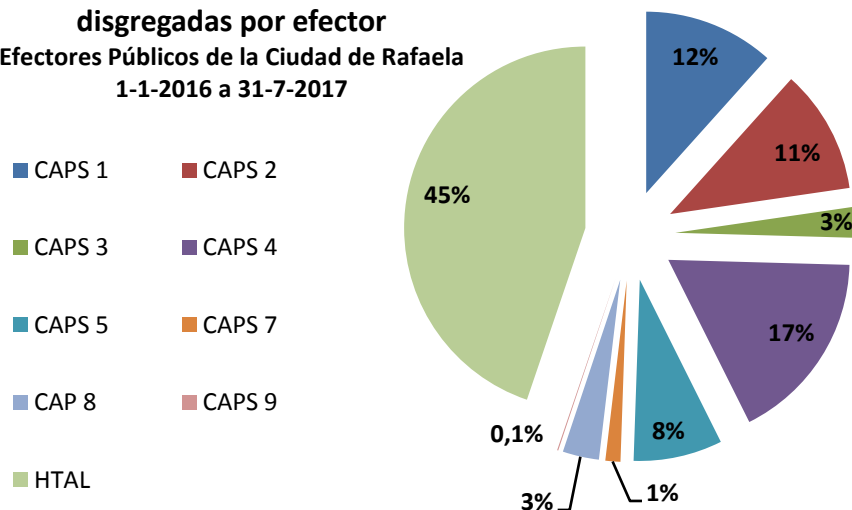
**GRÁFICO 3**  
**Relación porcentual de muestras de citología cervical tomadas por primera vez según rango de edad**  
 Efectores Públicos Rafaela  
 1-1-2016 a 31-7-2017



**GRÁFICO 4**  
**Prevalencia de resultados normales y anormales en el total de muestras de citología cervical**  
 Efectores Públicos Rafaela  
 1-1-2016 a 31-7-2017



**GRÁFICO 5**  
**Relación porcentual de muestras tomadas disgregadas por efector**  
 Efectores Públicos de la Ciudad de Rafaela  
 1-1-2016 a 31-7-2017



## DISCUSIÓN

En relación a la **calidad de las muestras** tomadas, se cumple con los valores de referencia establecidos por OMS. Si bien un elevado porcentaje de muestras satisfactorias da cuenta de una alta calidad en la toma de la misma, para futuras investigaciones sería necesario discriminar la proporción de muestras limitadas por ausencia de células endocervicales y/o de zona de transformación ya que esto limita la sensibilidad de la citología cervical, aspecto clave del éxito del tamizaje.

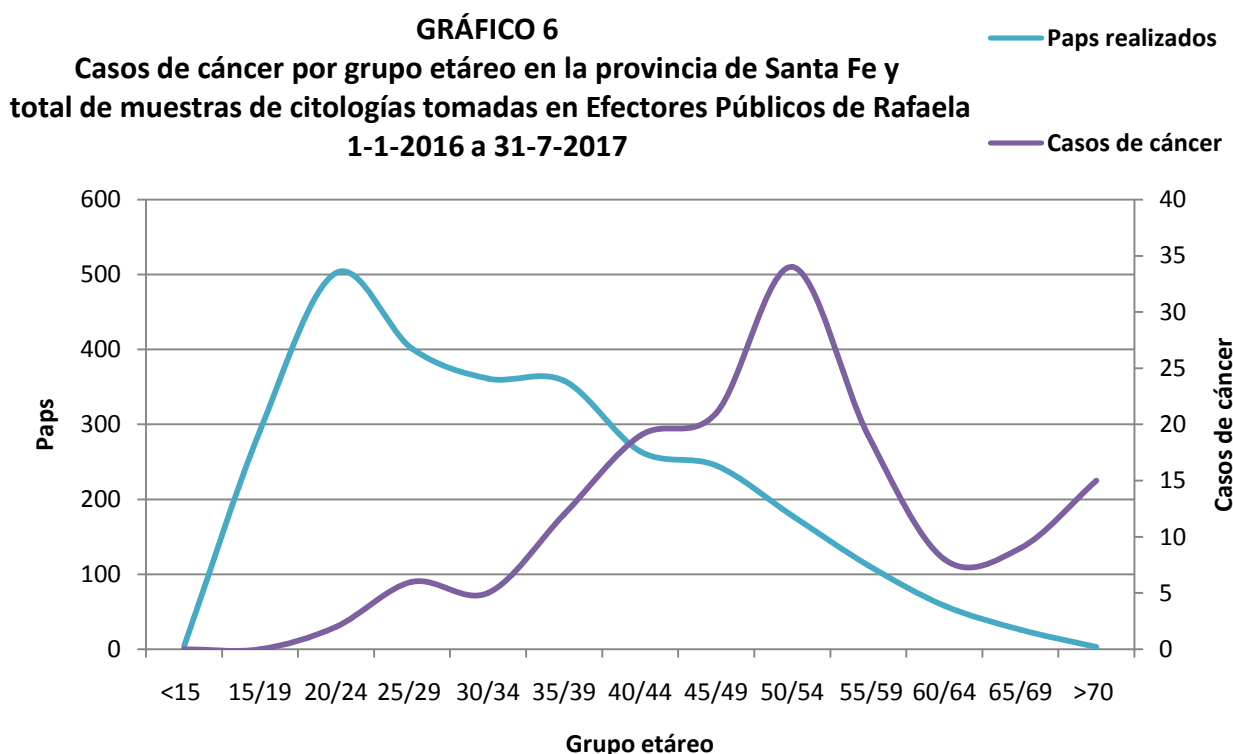
Respecto a los **rangos de edad de cribado** encontramos un sobretamizaje excesivo de población por fuera del rango recomendado. A su vez, en relación al porcentaje de muestras de citología cervical tomadas por primera vez según rango de edad, llama la atención el hecho de que el 35% de dichas muestras corresponde a mujeres por fuera del rango de tamizaje recomendado, reforzando la percepción de que los programas aplicados se basan en la captación "oportunistica" y no en la búsqueda activa de la población objetivo.

Esta **focalización en mujeres jóvenes con bajo riesgo de desarrollo de CCU** podría estar relacionada al perfil de atención predominante en los CAPS de la ciudad, donde la mayor cantidad de consultas discriminadas por sexo y edad se registra en mujeres en edad reproductiva (Boidi, Dellavia, & Perret, 2015). De hecho, en nuestro CAPS, donde el tamizaje por fuera del rango recomendado alcanza un 27%, en el mismo período, el 50% de las consultas registradas representan atención a mujeres entre 15 y 25 años.

Otro motivo que podría explicar este patrón de rastreo es que la mayoría de los CAPS de la ciudad orienta sus prácticas en relación a la anticoncepción y el control prenatal, etapas vitales que transcurren en mayor proporción en rangos etarios de bajo riesgo para CCU (Boidi, Dellavia, & Perret, 2015).



En el gráfico 6 expuesto a continuación - cantidad de CCU detectados por citología cervical en toda la provincia de Santa Fe y los PAP realizados en nuestra ciudad en relación a los rangos de edad- se puede observar con claridad el desfase en relación al pico máximo de rango etario de cribado (20/24 años) y el pico máximo de prevalencia de CCU (50/54 años) y el descenso en la intensidad del cribado en los rangos de edad en donde empieza el ascenso de casos de cáncer. Existe un intervalo de casi 30 años entre ambos; teniendo en cuenta que el tiempo de evolución para que una displasia progrese hacia un carcinoma invasor puede llevar entre 10 y 20 años; queda demostrada la necesidad de aumentar el cribado en las mujeres a partir de los 30 años.



Consideramos que el alto porcentaje de cribado fuera del rango etario recomendado constituye un inadecuado uso de los recursos y configura una práctica perjudicial.

**Inadecuado uso de los recursos** no solo en términos costo-efectivos como está ampliamente demostrado (PNPCCU, 2014) (OPS, 2016) (OPS, 2008); sino también en relación a la real capacidad de oferta de los efectores: quienes nos desempeñamos en el primer nivel de

atención sabemos que las "consultas no sobran"- así como también los usuarios saben que "siempre faltan turnos". La priorización es una herramienta clave en la organización de nuestras prácticas: porque tenemos recursos limitados tenemos que evaluar riesgos y garantizar acceso primero a los que tienen mayor posibilidad de morir o enfermar gravemente (Campos, 2002).

**Práctica perjudicial** no sólo en relación a los daños asociados al uso indiscriminado de un método diagnóstico que origina cascadas de intervención clínica innecesarias (Gérvas & Fernández, 2009) (Gérvas & Fernandez, 2002); sino también en relación a la construcción del discurso preventivo y su efecto en el subjetivo de los sujeto-pacientes. Diversos estudios demuestran que las representaciones colectivas acerca de quiénes se deben realizar el PAP reproducen un discurso normativo que abarca como destinatarias a todas las mujeres a partir del inicio de las relaciones sexuales, y especialmente a las mujeres que han tenido hijos. Si bien las mujeres perciben que todas deberían hacerse el PAP, ponen un fuerte énfasis en las mujeres en edad reproductiva, principalmente en el marco del control del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos. Bajo esta lógica, las mujeres que no tienen una vida sexual activa, que están fuera de la edad reproductiva o que no desean tener (más) hijos, no tendrían necesidad de realizar el PAP (Zamberlin, Thouyaret, & Arrosi, 2013).

Por último, en relación a la **prevalencia de lesiones precancerosas**, los resultados encontrados en Rafaela son coincidentes con los datos provinciales. En ambos casos destaca la prevalencia de H-SIL por debajo de lo estimado por la OMS como criterio de evaluación de calidad del cribado. Esto podría relacionarse con el tamizaje inadecuado que focaliza en población fuera del rango de edad recomendado y disminuye la sensibilidad del PAP, pero es necesario profundizar con otros estudios. Asimismo no podemos atribuir esta prevalencia a las características epidemiológicas de nuestra población ya que la misma corresponde a la muestras de PAP tomadas y no al universo de mujeres objetivo.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados encontrados en nuestro trabajo respecto al cribado de CCU en los efectores públicos de la ciudad de Rafaela coinciden con los problemas recurrentes

identificados en los programas de cribado de CCU en toda Latinoamérica. A pesar de una adecuada calidad en la toma y procesamiento de las muestras existe un tamizaje excesivo de mujeres con bajo riesgo de desarrollo de CCU. Esto refleja una práctica perjudicial y un uso inadecuado de los recursos sanitarios disponibles.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Dra. Cinthia Poos y la Dra. Luciana Oprandi, instructoras de la Residencia, por sus críticas constructivas y al Dr. Agustín González por los aportes metodológicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Boidi, G. R., Dellavia, B., & Perret, M. (2015). Estructura y funcionamiento de la Red de Efectores Públicos de Salud del PNA de la ciudad de Rafaela. *Congreso de Medicina General año 2015*. Rafaela, Santa Fe, Argentina: Federación Argentina de Medicina General.

Campos, G. W. (2002). Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud familiar.

Gérvas, J., & Fernandez, M. P. (2002). El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin*, 118:65-7.

Gérvas, J., & Fernández, M. P. (2009). Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas.

IARC. (2014). Age to start screening. En *Handbook of cancer prevention Vol 10*. International Agency for Research on Cancer.

INC. (2016). Vigilancia epidemiológica del cáncer: análisis de situación de salud por cáncer. En I. Ballesteros, L. Limardo, & G. Abriata. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Kopitowski, K. C. (2016). *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. Buenos Aires: Panamericana.

MSal Sta Fe. (2011). *Situación del cáncer de cuello uterino en la provincia de Santa Fe*. Santa Fe: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud; Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

OPS. (2016). Control Integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2008). *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención Cáncer de Cuello Uterino en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.

PMC. (2005). Posgrado de Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

PNPCCU. (2014). Guía programática abreviada para el tamizaje de cáncer cervicouterino. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

PNPCCU. (2015). Prevención del cáncer cervicouterino : recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH : actualización 2015. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Remediar. (2015). *Motivos de Consulta Frecuente en el Primer Nivel de Atención*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Zamberlin, N., Thouyaret, L., & Arrosi, S. (2013). *Lo que piensan las mujeres : conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP* . Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.