



## *Evaluación de la detección precoz de cancer de cervix*

### **Introducción**

En el mundo, se diagnostican anualmente unos 466 millones de casos de Cáncer de Cervix.

Aunque en los países industrializados su incidencia ha declinado notablemente gracias a la efectiva implementación de los Programas de Detección Precoz para mujeres en edad reproductiva, no sucede lo mismo en los países no desarrollados. En Europa Occidental y Asia, se logró descender notablemente su incidencia y en consecuencia se redujo fuertemente también la mortalidad asociada. En España, la Tasa de Mortalidad por esta causa, actualmente es inferior a 2,7/ 100.000 mujeres. Esto es tres veces menos que cualquier país de América Latina, donde la patología provoca unas 30 mil muertes cada año. En Chile, por ejemplo, la Tasa de Mortalidad, alcanza el 9.5/100.000 mujeres y lo mismo ocurre en Brasil, Paraguay y Perú.

La situación en Argentina no es muy diferente. La Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cérvix en el año 2000, fue de 7.6 /100.000 mujeres, pero con la presunción de una importante subnotificación ya que por otro lado se registra un volumen considerable de notificaciones de Cáncer de Utero, sin especificar si se trata del cuerpo o cuello del mismo.

Para la ciudad de Rosario, la Tasa de Morta-

lidad por Cáncer de Cervix, en el año 2000 fue 9,9/100.000 mujeres.

Estos valores se reducirían notablemente si se lograra incrementar la utilización de la herramienta de diagnóstico temprano por excelencia: **la prueba de Papanicolaou (Pap)**, que consiste en la toma de una muestra de células de descamación del cuello uterino para su examen citológico. Este test reúne las condiciones para ser utilizado como método de screening, pues es simple, rápido, sensible, económico y se puede realizar en el consultorio de Atención Primaria. Este ámbito, brinda la oportunidad de poder ofrecer su prestación y es además el adecuado para suministrar información -Educación para la Salud- así como realizar promoción y prevención sin necesidad de contar con grandes estructuras.

Sin embargo, en nuestro medio, un alto porcentaje de mujeres sexualmente activas aún no han incorporado esta práctica como forma de “cuidar su salud”.

Esta realidad pone en evidencia la existencia de obstáculos o dificultades sociales e institucionales para lograr el pleno acceso.

El Sistema de Salud Municipal, que define sus acciones priorizando la Promoción/Prevención, promueve la instalación de esta herramienta en todos sus efectores, pero incentiva por sobre todo su utilización en el Sistema de

Atención Primaria (A.P.S.).

Durante al año 2000, se realizaron en los consultorios de A.P.S 15.800 Pap. cifra que representa aproximadamente el 25% de la población estimada de mujeres en edad reproductiva que solicitaron atención en este ámbito (62.913 mujeres)<sup>1</sup>.

Como todas las acciones que se implementan para mejorar la salud poblacional, conlleva una evaluación permanente como parte del mismo proceso, que permite la valoración de los efectos que las mismas logran.

En este caso particular, las propuestas de promoción de la salud tienen como objetivo lograr detecciones cada vez más tempranas, que permitan a su vez resoluciones menos invasivas y más curativas.

Cabe considerar la complejidad de los determinantes que acuden en esta patología, que abarca desde factores socioeconómicos, culturales, aspectos sexuales - inicio de relaciones en edad temprana, cantidad de compañeros sexuales, infecciones por virus del papiloma humano (HPV) y Herpes virus (VHS-2), la paridad - y hábitos como el consumo de tabaco por ejemplo, entre otros.

Al evaluar la implementación de acciones de prevención, los efectos que se observan constituyen la concreción de comportamientos de las mujeres, como expresión de lógicas poblacionales que pueden diferir de las que se trabajan en el sector salud. En este encuentro -acciones de salud y comportamientos de las mujeres- existen momentos de convergencia, de inclusión, de exclusión y otros que deben ser considerados al momento de la lectura de los mismos.

A fin de valorar una de las acciones en salud focalizadas en la mujer, llevadas a cabo

en los efectores municipales se realizó la comparación de la detección de cáncer de cérvix, en dos cohortes: la del año 2001 y la del año 2003.

**Metodología utilizada:** Se seleccionaron los informes de todos los Pap. realizados durante los años 2001 y 2003, de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica, de la Secretaría de Salud Municipal. Se construyeron las dos cohortes a fin de poder compararlas entre sí y valorar los cambios en la detección de lesiones patológicas. Se cotejaron los índices de captación, las tasas de positividad y las patologías detectadas en cada uno de los dos años estudiados.

En el análisis de las lesiones cervicales detectadas, se utilizó la Clasificación de Bethesda<sup>2</sup>, por ser la adoptada en los efectores municipales para los informes citológicos. La misma establece la siguiente nomenclatura:

- **ASCUS:** Células escamosas de significado indeterminado (atypical squamous cell of undetermined significance )
- **AGUS:** Células glandulares atípicas de significado indeterminado (atypical gland cell of undetermined significance )
- **L- SIL ó SIL BAJO GRADO:** Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado (low squamous intraepithelial lesion)
- **H- SIL ó SIL ALTO GRADO:** Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado (high-grade squamous intraepithelial lesion)

ASCUS y SIL bajo grado son consideradas anomalías leves.

SIL alto grado implica una elevada probabilidad de progreso a cáncer invasor.

El análisis de la información fue realizada

---

<sup>1</sup> Secretaría de Salud Pública. Salud Integral de la Mujer. Primer documento de Consenso. -Municipalidad de Rosario, 2000

<sup>2</sup> La Clasificación de Bethesda, surgió en un reunión de representantes internacionales en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en Bethesda ( Maryland ), en 1988, a fin de unificar criterios respecto de las clasificaciones coexistentes hasta ese momento. El término Alto Grado de esta clasificación incluye al CIN 2 y CIN 3 de la clasificación de Ritschar usada anteriormente. El término Bajo Grado alcanza a al CIN 1 y a otras alteraciones celulares en lesiones autolimitadas.

utilizando el programa informático SPSS-10.

Durante el procedimiento fueron respetadas las normas éticas pertinentes, guardando la confidencialidad de los datos.

#### Resultados obtenidos:

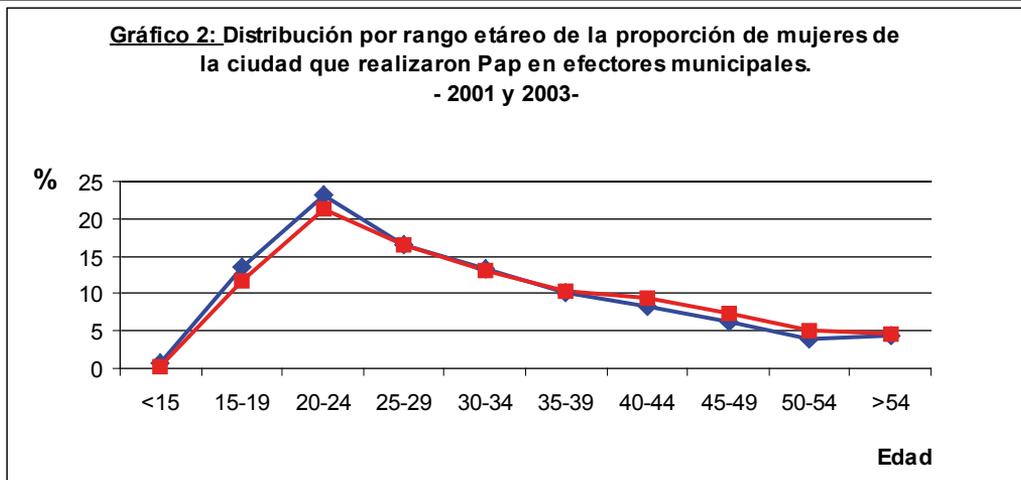
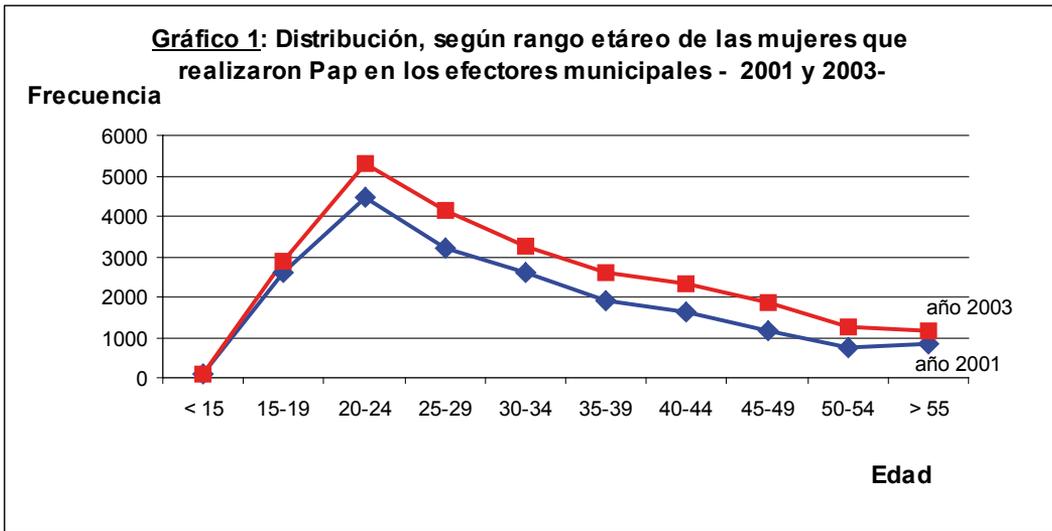
Se registró un importante incremento en el total de exámenes realizados; de los 20.515 Pap. registrados en 2001 se llegó a 24.289 exámenes citológicos en 2003.

Para ambas cohortes, el rango etáreo con mayor cantidad de determinaciones fue el de

20 a 24 años, seguido del rango 25 a 29 años, en coincidencia con la mayor asistencia a los consultorios de ginecología de los efectores municipales.

La distribución de frecuencias de Pap. realizados para ambas cohortes, según edad, se muestra en el Gráfico 1

Respecto de la proporción de mujeres que realizaron Pap. en el Sistema de Salud Municipal, sobre el total mujeres de la ciudad<sup>25</sup>, se registró un incremento importante en la cap-



<sup>25</sup> Datos poblacionales de la ciudad según Anuario Estadístico de la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario - 2002 -

tación de mujeres mayores de 35 años en el año 2003, respecto del 2001.

En valores absolutos, se hicieron 2.877 exámenes citológicos más en el año 2003 respecto del 2001, en mujeres mayores de 35 años.

El Gráfico 2 muestra esta distribución de proporciones para las dos cohortes.

Las mujeres representan en la ciudad, aproximadamente el 53% de la población total. El 45%, son mujeres en edad reproductiva: convencionalmente de 15 a 49 años.

Sin embargo se incluyeron en este estudio también los exámenes realizados a las menores de 15 años y mayores de 49 años, pues es

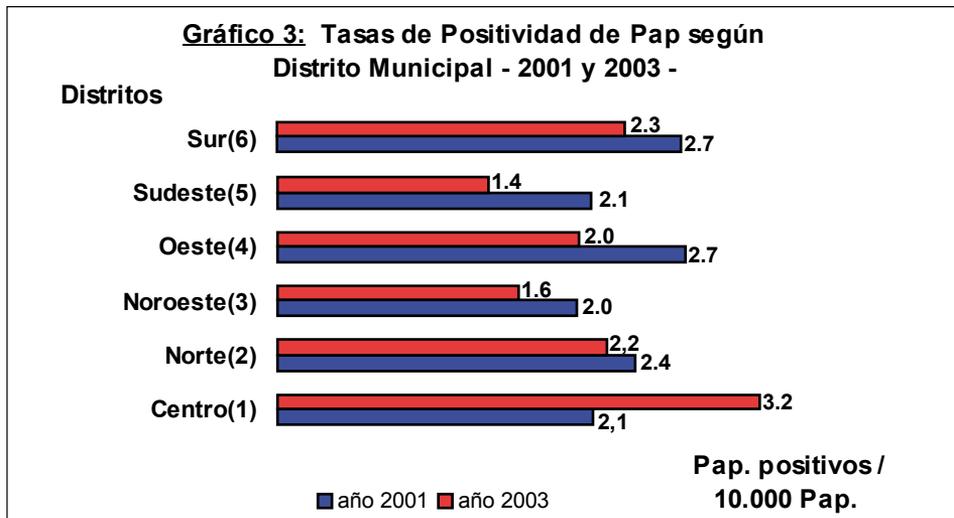
una realidad que la consulta ginecológica se inicia cada vez a edades más tempranas y por otro lado, es elevada la frecuencia de detección de patologías en mujeres mayores de 49 años.

La Proporción de resultados positivos sobre el total de exámenes realizados, fue para ambas cohortes algo inferior a los parámetros habituales, que oscilan entre un 3% a 6%.

En la Tabla 1 se muestran los totales para ambos períodos:

La distribución de las Tasas de Positividad según Distrito de la ciudad en los dos años en estudio, se muestran en el Gráfico 3:

<b>Tabla 1: Tasas de Positividad de los Pap realizados. años 2001 - 2003</b>			
<b>Año 2001</b>		<b>Año 2003</b>	
Pap. Positivos :	489	Pap. Positivos:	502
Pap. Realizados:	20520	Pap. Realizados:	24899
Tasa de Positividad:	2,38%	Tasa de Positividad.	2,02%



Las tomas de las muestras para el examen citológico, fueron realizadas en los Centros de Salud de Atención Primaria y en los Hospitales Municipales, excepto en el Distrito Centro, donde las mismas fueron tomadas en la Maternidad Martín y en el Hospital Carrasco

ya que no se contaba con centros de Atención Primaria.

Por su parte, la comparación de las Tasas de Positividad según rango etéreo, evidenció en primer lugar un incremento significativo de los Papanicolaou Positivos en el año 2003, res-

pecto del 2001 en el grupo de las menores de 14 años. Este aumento no representa una mayor incidencia de cáncer de cérvix, puesto que se debe a mayor detección de “anormalidad” por patología inflamatoria o a ASCUS.

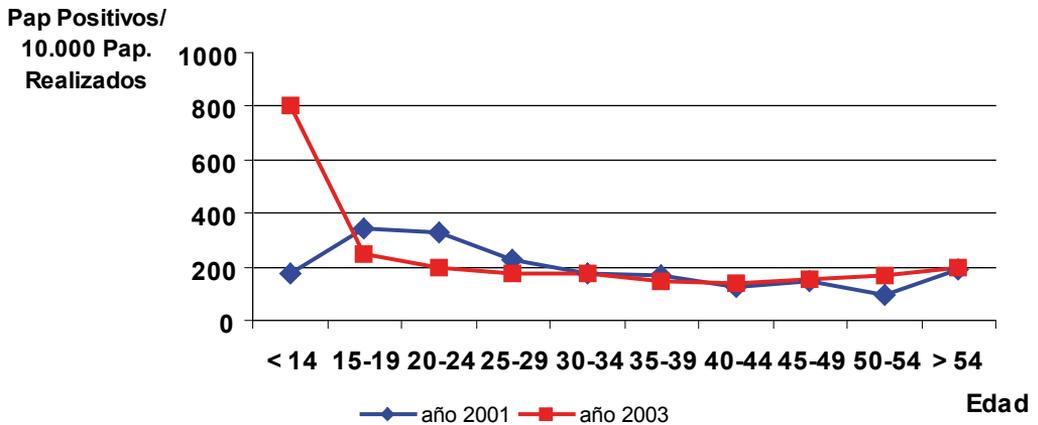
Se observó también una clara disminución de todas las patologías entre los 15 y los 35 años. Y se obtuvo un incremento en la incidencia de patologías graves - SIL de Alto Grado y Cáncer de Cérvix- muy marcado entre las mayores de 45 años.

Estos resultados se visualizan en el Gráfico 4. En el análisis de proporción de Pap Positivos, según tipo de lesión sobre el total de exámenes realizados, se encontraron diferencias importantes entre las dos cohortes.

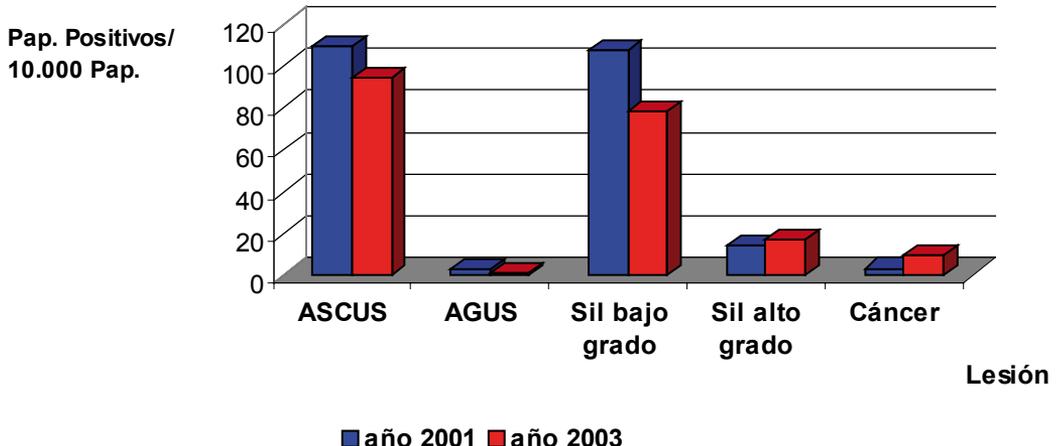
En el Gráfico 5, se cotejan las Tasas de Positividad/10.000 exámenes realizados, para ambas cohortes.

ASCUS y SIL bajo grado disminuyeron su incidencia, pero aumentó la proporción de SIL de alto grado y Cáncer Invasor.

**Gráfico 4: Tasas de Positividad de Pap. según Rango Etéreo -años 2001-2003-**



**Gráfico 5: Distribución de Frecuencias Relativas de Pap. Positivos, según Lesión - años 2001- 2003 -**



ASCUS y SIL bajo grado fueron mucho más frecuentes en los Pap de mujeres jóvenes, mientras que las lesiones graves predominaron en los exámenes de mujeres mayores de 35 años.

### **Conclusiones**

Se registró una disminución en la Tasa global de Positividad de los Pap a expensas de un considerable descenso en la detección de anomalías leves y también de una incidencia menor de patologías en mujeres de 15 a 35 años. Estos resultados eran los esperados en función de las tareas de Promoción/Prevención incorporadas en los más variados ámbitos, desde los servicios de Atención Primaria de la Salud y Maternidades, hasta el asesoramiento individual, mediante jóvenes promotores en organizaciones y puntos de encuentro en la vía pública, dirigidos a lograr la incorporación de prácticas de autocuidado en mujeres en edad reproductiva.

Sin embargo, se comprobó además un incremento en la incidencia de enfermedad en estado avanzado en la cohorte 2003 con respecto a la primera, lo que estaría indicando, por una parte, que aún se requeriría profundizar las actividades de promoción / prevención de esta patología en la población que aún no accede a los servicios para poder evitar el desencadenamiento de las formas graves de la patología. Por la otra, este incremento fue hallado en mujeres mayores de 35 años y más. Cabe destacar que en estas edades fue donde se notó una mayor captación y por tanto accesibilidad a esta práctica. Este hecho, no es ajeno a lo ocurrido en todos los servicios de atención médica del sector público, en los que se registró un aumento de nuevos pacientes a consecuencia de la profundización de la crisis económica que viviera nuestro país en el período estudiado

Se podría decir que no son pocos los logros alcanzados en la detección precoz del cáncer de cervix, pero es necesario continuar con las

acciones de promoción para lograr el empoderamiento de las mujeres en el autocuidado, considerando la complejidad de los determinantes que intervienen en el desarrollo de esta patología, incorporando lo social y lo económico que no solo se resuelven en el ámbito de salud pública sino articulando espacios más amplios.