



ORIGINAL

Evaluación del programa «Detección temprana y atención oportuna del cáncer cervicouterino»

Amada Aparicio Llanos^{a,b} y Melvin Morera Salas^{b,*}

^aUniversidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

^bCaja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica

Recibido el 18 de marzo de 2008; aceptado el 29 de octubre de 2008

Disponible en Internet el 23 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Cáncer cervicouterino;
Papanicolaou;
Colposcopia

Resumen

Objetivo: Medir los resultados en la detección temprana y el abordaje oportuno del cáncer cervicouterino en las tres redes de atención (México, San Juan de Dios y Calderón Guardia) del sistema público de salud de Costa Rica.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Áreas sanitarias de primer nivel y hospitales del Sistema Público de Salud.

Participantes: Se consideraron los 639.229 Papanicolaou realizados en el periodo 2004-2005 y una muestra representativa de las 7.342 citologías alteradas y 7.729 colposcopias realizadas en 2005.

Mediciones: Índice de cobertura estandarizada de Papanicolaou, tiempos de derivación de la citología alterada y de la confirmación diagnóstica, mediante la aplicación de la «Norma de atención a la mujer con citología cervical alterada».

Resultados: Un 42% de las áreas sanitarias presenta una cobertura de Papanicolaou inferior al promedio nacional. El primer nivel de atención realiza oportunamente la derivación de citología alterada para confirmación diagnóstica, en un 97% de los casos. La red Calderón Guardia presenta el mejor desempeño en la gestión de citas para confirmación diagnóstica, mientras que en la red del San Juan de Dios es donde se pierden más oportunidades debido al otorgamiento tardío de citas por parte del personal de salud.

Conclusiones: Para mejorar los resultados del programa, se recomienda priorizar el aumento de cobertura de las mujeres en edades tempranas y establecer un plan de gestión de citas para mejorar la oportunidad en la realización de la colposcopia.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: melvin.morera101@doctorandos.ulpgc.es (M. Morera Salas).

KEY WORDS

Cervical cancer;
Papanicolaou;
Colposcopy

Evaluation of the «Early detection and opportune attention of cervicouterine cancer» program**Abstract**

Objective: To measure the results of early detection and a timely approach to cervical cancer in the three Health Networks of the Costa Rican Public Health System.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Location: Primary health areas and hospitals of the Public Health System.

Participants: The 639,229 Papanicolaou smears performed in the period 2004–2005 were examined and a representative sample of 7,342 abnormal cytology and 7,729 colposcopies in 2005.

Measurements: Adjusted Papanicolaou cover index and referral times of the abnormal cytology and the diagnostic confirmation, by applying the Care Guidelines for Women with Abnormal Cervical Cytology.

Results: Around 42% of the primary care areas have Papanicolaou smear rate significantly lower than the national average. The primary care areas refer abnormal cytology for diagnostic confirmation in 97% of cases. The Calderon Guardia Health Area is the health service with the best performance in the management of appointments for diagnostic confirmation, whereas the San Juan de Dios service has most delays in making referrals.

Conclusions: In order to improve the results of the program, cover must be increased in younger women and an appointment management plan set up to perform a colposcopy as soon as possible.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En Costa Rica, al igual que en la mayoría de países en vías de desarrollo, el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública^{1,2}. En el periodo 2000–2005, este cáncer constituyó la tercera causa de muerte por cáncer de las mujeres costarricenses (tasa de 8,6/100.000). La mitad de estas defunciones se produjeron entre los 15 y los 64 años de edad, y se se las considera muertes evitables³.

El sistema sanitario público de Costa Rica esta formado por un conjunto de instituciones entre la que se encuentra la Caja de Seguridad Social (CCSS) que brinda atención en salud aproximadamente a un 90% de la población del país.

En la CCSS la atención sanitaria está compuesta por tres redes de atención, las cuales dividen al país en tres grandes zonas geográficas que agrupan a 103 áreas sanitarias (AS) y 20 hospitales de mediana complejidad, que convergen en los tres hospitales nacionales (red México, red San Juan de Dios y red Calderón Guardia).

En la figura 1 se presenta un esquema de los tres procesos que componen el «Programa de detección temprana y abordaje oportuno del cáncer cervicouterino». El primer proceso es de toma de muestra citológica cervicovaginal, análisis de Papanicolaou (Pap) en el Laboratorio Nacional de Citología (LNC) y derivación de los casos alterados a unidades de mayor complejidad. El segundo proceso corresponde a la confirmación diagnóstica mediante colposcopia y biopsia de casos alterados. Y el proceso final corresponde al tratamiento en los casos confirmados de cáncer y cuidados paliativos cuando se trata de casos en fase terminal.

El objetivo de este trabajo es medir los resultados en la detección temprana y el abordaje oportuno del cáncer

cervicouterino en las tres redes de atención de la seguridad social de Costa Rica.

Material y métodos**Fuentes de información**

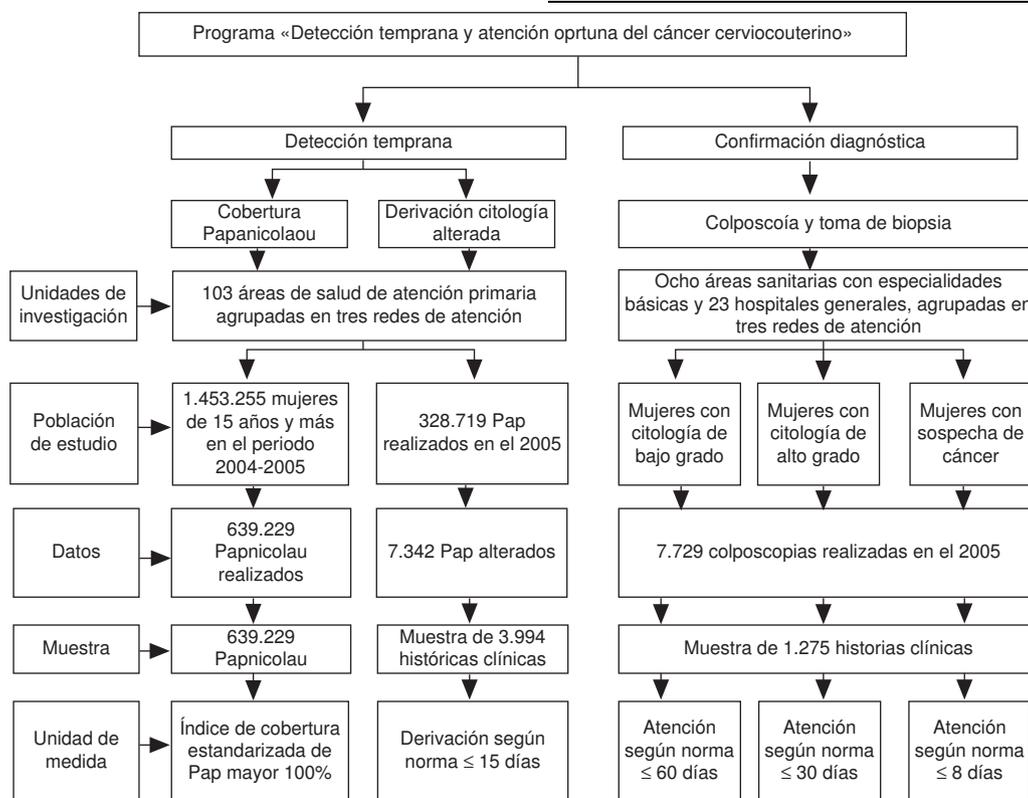
La población se obtuvo de registros de la CCSS apoyados en el censo del 2000. Los datos de Pap para el periodo 2004–2005 provienen de los datos administrativos de las AS.

Unidades de investigación

Las 103 AS de atención primaria y las tres redes de atención especializada (México, San Juan de Dios y Calderón Guardia).

Criterios de evaluación

Detección temprana: se evalúan la cobertura de Papanicolaou —que se considera adecuada cuando las AS presentan un porcentaje de Pap significativamente superior al promedio nacional (a pesar de que la norma establece una meta bienal de 85% de las mujeres de 20 años y más con vida sexual activa)— y la oportunidad en la derivación de la citología alterada —que se considera adecuada cuando el tiempo es ≤ 15 días (tiempo pactado en los contratos de gestión entre AS y el nivel central de la CCSS)—. Los tiempos de derivación se estimaron a partir de un muestreo de conglomerados desiguales (los sectores de cada AS representan los conglomerados desiguales que se ajustaron por población total del AS) de 3.994 historia clínicas de las 103 AS, efectuado entre febrero y marzo de 2005, con un nivel de confianza del 90% y un error del 5%.



Esquema general del estudio. Estudio descriptivo del programa comunitario de cáncer cervicouterino.

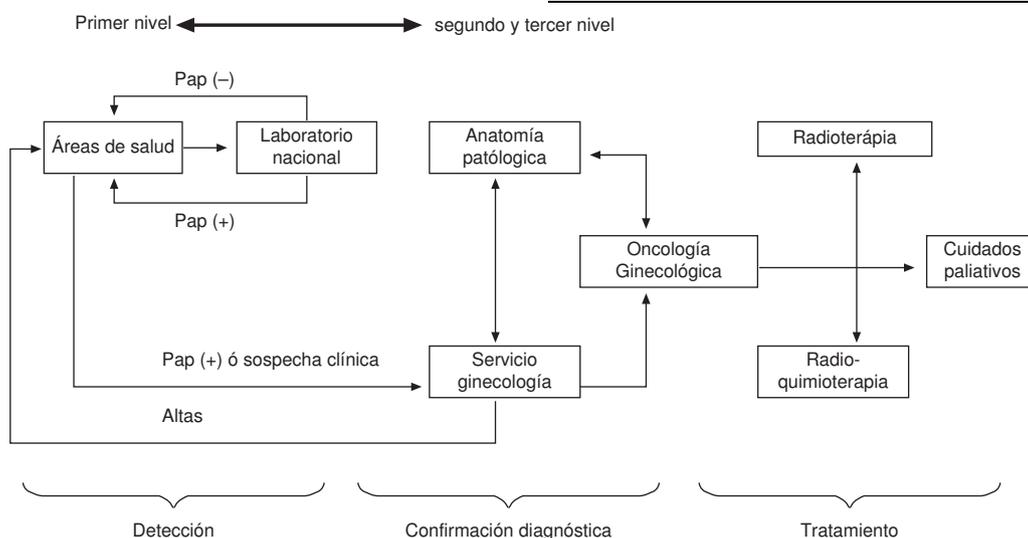


Figura 1 Esquema resumen del proceso asistencial de detección temprana y abordaje oportuno de lesiones premalignas y malignas del cáncer cervicouterino de la red.

Confirmación diagnóstica: el tiempo en este proceso se evaluó mediante un muestreo aleatorio y sistemático de 1.275 historias clínicas en ocho AS que brindan atención ginecológica y 23 hospitales generales de la lista de atenciones de primera vez del 2005, con un nivel de

confianza del 90% y un error del 10%. Según el tipo de lesión, la norma vigente al momento del estudio⁴ establece los tiempos máximos para realizar la primera colposcopia medidos a partir de que el AS recibe el resultado del Pap del LNC: para la lesión intraepitelial de bajo grado, una demora

≤60 días; para la lesión de alto grado, ≤30 días, y para la sospecha de cáncer invasor, ≤8 días⁴.

Medidas utilizadas

Para medir la detección temprana, se calculó el índice de cobertura estandarizada de Pap^{5,6}. Este indicador se clasificó en valores significativamente inferiores al 100% (infracobertura) y superior al 100% (sobrecobertura) y se representó geográficamente mediante el mapa de Costa Rica, segregado en las 103 AS y las tres redes de atención (se consideró que un valor era estadísticamente no significativo cuando el índice de cobertura estandarizada estaba contenido en el intervalo de confianza [IC]).

Para solucionar el problema de inestabilidad de las coberturas en áreas pequeñas, se calcularon IC y se eliminó del análisis las AS con una población promedio igual o inferior al percentil 5 en el período 2004–2005.

Los intervalos de confianza se construyeron así: $ICE \pm (1,96 \times EE)$

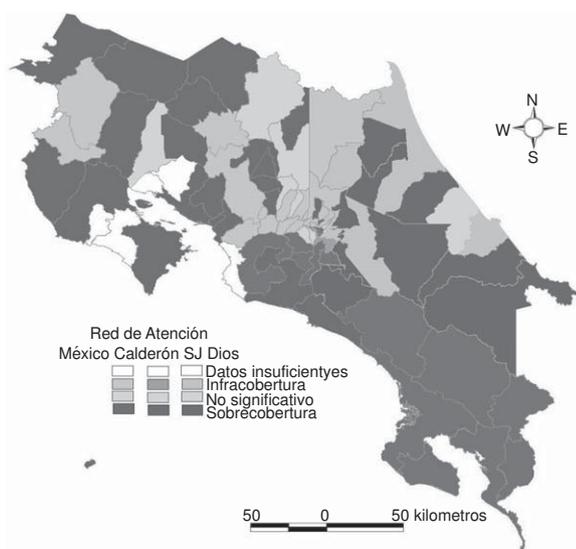


Figura 2 Áreas de salud con índice de cobertura estandarizada (ICE) significativamente diferente del 100%. Costa Rica, 2004–2005. Esquema general del estudio. Estudio descriptivo del programa comunitario de cáncer cervicouterino.

donde ICE es el índice de cobertura estandarizada de Pap; 1,96 es el valor tabular de una distribución normal con significancia del 5% y $EE = ICE / \sqrt{Pap_i}$. En esta última expresión Pap_i son los Papanicolaou observados en cada AS y EE es el error estándar.

Procesamiento de datos

Los datos se procesaron en STATA versión 8.0, SPSS 10.0, y el mapa se elaboró con ArcView ESRI 3.3, con base en la georreferenciación del Proyecto Lambert Costa Rica Norte Datum Ocoatepeque.

Resultados

Detección temprana

En el bienio 2004–2005, la red del San Juan de Dios realizó el Pap a la mitad de las mujeres objetivo de su área de adscripción, mientras que las redes del Calderón Guardia y del México lo realizaron al 42%. En términos generales, un 42% de las AS presentaron infracobertura, con mayor predominio en las redes México y Calderón Guardia (fig. 2). En el 97% de los casos con citología alterada, las AS en las tres redes presentaron adecuada oportunidad en la derivación.

Confirmación diagnóstica

En la tabla 1 se observa que, para las lesiones de bajo grado, la red Calderón Guardia logró el mayor porcentaje de cumplimiento, con un 80% de los casos y un tiempo medio de 7,5 días. Cuando la lesión era de alto grado, las redes Calderón Guardia y San Juan de Dios lograron cumplir el tiempo en un 80% de los casos, y la red Calderón fue la de menor tiempo medio. Para el caso de sospecha de cáncer invasor se presentaron únicamente 3 casos, de los cuales la red San Juan de Dios registró 1 y no logró cumplir con el tiempo de 8 días entre derivación y colposcopia. Por su parte, la red Calderón Guardia registró 2 casos y en ambos cumplió con los tiempos de la norma.

Dado que en atención primaria se entrega un salvoconducto a toda mujer con resultado de Pap alterado con el fin

Tabla 1 Porcentaje de cumplimiento y tiempos medios logrados en el proceso de confirmación diagnóstica de los Papanicolaou alterados, por tipo de lesión según red de atención

Red	Lesión de bajo grado		Lesión de alto grado		Sospecha de cáncer invasor	
	Casos, %	Tiempo logrado (días), media (IC del 99%)	Casos, %	Tiempo logrado (días), media (IC del 99%)	Casos, %	Tiempo logrado (días), media (IC del 99%)
México	78	11,4 (10,3–12,6)	73	6,1 (4,8–7,4)	—	—
San Juan de Dios	81	8,5 (7,4–9,7)	81	6,2 (4,8–7,7)	0	36
Calderón Guardia	94	7,5 (6,4–8,6)	81	4,7 (3,1–6,3)	100	2

IC: intervalo de confianza.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la CCSS.

Tabla 2 Porcentaje de incumplimiento en la gestión y otorgamiento de citas para colposcopias, por causante del atraso según red de atención

Red	Usuaris, % Personal sanitario, %	Indefinido, %
México	15,3 11,2	7,8
San Juan de Dios	13 16,2	6
Calderón Guardia	4,43 14,9	3,8

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la CCSS.

de que ésta gestione personalmente la cita para colposcopia en los centros de mayor complejidad, se desagregaron los tiempos en dos momentos para detectar si el atraso se debía a la llegada tardía de la mujer a solicitar la cita o a que en el centro se otorgan las citas por cupo sin priorizar por tipo de lesión.

En la *tabla 2* se observa que la red en que se pierden menos oportunidades por la gestión de citas de la usuaria es la del Calderón Guardia (4%), mientras que en la red del San Juan de Dios (16%) es en la que más se pierden oportunidades debido al otorgamiento tardío de citas por el personal de salud.

Discusión

La evaluación del «Programa de detección y abordaje oportuno del cáncer cervicouterino» en la Seguridad Social en Costa Rica muestra que las coberturas de Papanicolaou no superan el 50% en un bienio, y tomando en cuenta que el sector privado no supera el 20% de atención a la población general, se podría deducir que con ésta aún no se cumple con la meta de cubrir al 85% de la población femenina de 20 y más años, pese a que el país dispone de infraestructura básica para llevar a cabo el programa, por lo que se recomienda establecer estrategias de intervención considerando la influencia de factores individuales y contextuales que puedan mejorar el programa⁷⁻¹³.

Dado que los tiempos de espera para la realización de la colposcopia es el principal factor para el incumplimiento en la oportunidad de la confirmación diagnóstica¹⁴, se recomienda establecer un sistema de gestión de citas entre unidades que conforman las redes de atención¹⁵ que permita al personal priorizar según el tipo de lesión¹⁶.

Entre las principales limitaciones del estudio, están la ausencia de registro del tiempo entre la toma del Pap y el envío al LNC y viceversa, desconocimiento de la cobertura de Pap y colposcopias en el sector privado y la falta de disponibilidad de información para completar la evaluación de las etapas de tratamiento y cuidados paliativos. Información relevante, dado el beneficio que representa en este trastorno y cuya mortalidad es evitable en edades tempranas¹⁶.

Un desafío importante es reformular las estrategias del programa con el fin de aumentar la cobertura y oportunidad en la confirmación diagnóstica, principalmente para poblaciones con mayor riesgo^{17,18}.

Lo conocido sobre el tema

- El cribado de Papanicolaou detecta un porcentaje alto de alteraciones citológicas de la zona vaginal y transicional de cuello del útero.
- La mortalidad por cáncer cervicovaginal es evitable si se detecta y se trata a tiempo.

Qué aporta el estudio

- Hay variabilidad en la oportunidad de la confirmación diagnóstica de las citologías cervicovaginales alteradas entre áreas sanitarias y redes de atención.
- Hay problemas de gestión de citas y debilidades en la educación de las usuarias sobre la importancia de la confirmación diagnóstica.

Financiación

Este proyecto contó con el apoyo de una beca parcial sin condiciones del PPPI de la Merck Company Foundation, brazo filantrópico de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, Estados Unidos.

Agradecimientos

Agradecemos a las AS, hospitales y direcciones de Actuarial y Compra de Servicios de Salud de la CCSS por facilitar los datos que hicieron posible este estudio.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre el cáncer. Nota descriptiva N.º 297 (febrero de 2006). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/print.html>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud de las Américas: Indicadores básicos 2005. OPS; 2006. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf.
3. Aparicio-Llanos A, Morera-Salas M. Análisis geográfico y temporal de mortalidad evitable por cáncer cervicouterino en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*. 2007;49:154-60.
4. Manual de Normas y Procedimientos I-II-III para Manejo de la Patología del Cérvix. Decreto Ejecutivo N.º 28791-S del 17 de julio del 2000, publicado en *La Gaceta* N.º 103 del 25 de agosto del 2000.
5. Dzul K, Puerto M, González M. Cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección. *Rev Biomed*. 2004;15:233-41.
6. Organización Panamericana de la Salud. La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas. *Boletín Epidemiológico*. 2002;23.
7. Pujol A, Cabeza E, Esteva M, Thomas V, Sánchez-Contador C. Desigualdades sociales en la realización de prácticas preventivas según la encuesta de salud de Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2002;16(Supl 1):33-132.
8. Trejo Amador U, Granados Cosme JA, Ortiz Hernández L, Delgado Sánchez G. Diferencias sociales en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la Ciudad de México. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:403-14.

9. Lazcano Ponce E, Moss S, Cruz Valdez A, Alonso de Ruiz P, Casares Queralt S, Martínez León C, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*. 1999;41:278–85.
10. Pham CT, McPhee SJ. Knowledge, attitudes, and practices of breast and cervical cancer screening among Vietnamese women. *J. Cancer Educ*. 1992;7:305–10.
11. McPhee SJ, Stewart S, Brock KC, Bird JA, Jenkins CNH, Pham GQP. Factors associated with breast and cervical cancer screening among Vietnamese American women. *Cancer Detect Prev*. 1997;21:510–21.
12. Chirenje ZM, Rusakaniko S, Kirumbi L, Ngwalle EW, Makuta-Tlebere P, Kaggwa S, et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in East, Central and Southern African countries. *Bull WHO*. 2001;79:127–32.
13. Vestle JL, Carter J. Evaluation of primary versus secondary prevention of cervical cancer: an evidence based literature review. Wichita: Department of Physician Assistant, Wichita State University. Disponible en: <http://soar.wichita.edu:8080/dspace/bitstream/10057/875/1/grasp0648.pdf>.
14. Suess A. El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología (Barc)*. 2006;29.
15. Cabanillas Sabio FJ, Campos Soriano A, Pellejero Collado EM, Lucendo Fernández J. Mejora del acceso del usuario a la atención especializada. *Papeles Médicos*. 2003;12:101–4.
16. El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. *MEDIFAM*. 2002;12.
17. Taylor RJ, Morrell SL, Mamoon HA, Wain GV. Effects of screening on cervical cancer incidence and mortality in New South Wales implied by influences of period of diagnosis and birth cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:782–8.
18. Kerkar RA, Kulkarni YV. Screening for cervical cancer: an overview. *J Obstet Gynecol India*. 2006;56:115–22.

COMENTARIO EDITORIAL

Si es un problema de salud pública, cribemos a la población

If it is a public health problem, screen the population

Emilia Bailón Muñoz

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Albaycin, Granada, España

Recibido el 27 de abril de 2009; aceptado el 27 de abril de 2009

El cáncer de cérvix es uno de los más frecuentes en la mujer a escala mundial, precedido únicamente por el cáncer de mama. Las tasas de incidencia y mortalidad son más elevadas en los países en vías de desarrollo, Cali (Colombia) con 180 casos/100.000 presenta la incidencia más elevada; España se encuentra en el grupo intermedio junto a los países del área anglosajona —en el año 2003 presentó una tasa de incidencia de 7,6/100.000, algo menor que la de 1995, que fue de 8,9/100.000—; Israel, con una tasa de 4/100.000 representa a los países con menor incidencia. En Europa las tasas más altas de incidencia, en 2003, se encuentran en los países del este, lo que hace que la tasa de incidencia global europea esté en 16,8/100.000, que es de 12,8 si nos referimos a los países de la Unión Europea. Respecto a las tasas de mortalidad para cáncer de cérvix en los países europeos, de nuevo nos encontramos con las tasas más altas en los países del este, lo que contribuye a que la tasa global europea se sitúe en 6,1/100.000, mientras que para los países de la Unión Europea es de 4,4/100.000. En España, en 2004, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue

de 2,66/100.000 para el cáncer de cérvix. Histológicamente, en el cérvix, el carcinoma escamoso es el más frecuente, supone el 85–90% de los cánceres de cuello uterino, suele presentarse en la unión escamocolumnar, el 10–15% restante corresponde, principalmente, al adenocarcinoma y, dentro de este 10–15% se pueden presentar tumores de otra estirpe mucho menos frecuentes.

La prevención, mediante citologías cervicovaginales periódicas, permite una detección precoz de las lesiones, lo que contribuye a mejorar las tasas de supervivencia y reducir las tasas de mortalidad. Pero para que el cribado sea efectivo, se tiene que alcanzar coberturas mayores del 80% y esto sólo se puede lograr con programas de cribado desde una perspectiva poblacional.

En el trabajo de «Evaluación del Programa Detección Temprana y Atención Oportuna del Cáncer Cervicouterino»¹, sus autores parten de los datos del quinquenio 2000–2005, en donde esta enfermedad es la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres costarricenses, con una tasa de

Correo electrónico: ebailonm@papps.org