

Estudio del Tamizaje Citológico para Cáncer Cervicouterino Laboratorio Departamental de Salud Pública, Caldas, 1998

GUILLERMO ANTONIO LÓPEZ GUARNIZO

Profesor Universidad de Caldas MD. Patólogo-Epidemiólogo del
Laboratorio Departamental de Salud Pública. DSSC.

Resumen:

Se presentan los resultados y análisis de la información generada por el programa de tamizaje citológico efectuado a mujeres del régimen vinculado en el Departamento de Caldas y realizado en el Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP, Red de Laboratorios) de la Dirección Seccional de Salud de Caldas durante el año de 1.998, los cuales fueron registrados en una base de datos (CITOECA) y sometidos a evaluación mediante estadística descriptiva unidimensional, bi-dimensional y multidimensional.

Se define un perfil de la población sobre 23.646 informes de estudio citopatológico correspondientes a pacientes del régimen vinculado; se identifican algunas características sociodemográficas y epidemiológicas de la población estudiada, las relaciones con algunos de los factores de riesgo conocidos para cáncer cervicouterino, el perfil del tamizaje por municipio y algunas de las características del trabajo de "screening" que adelanta el laboratorio citopatológico. Igualmente, se muestran los beneficios de un programa sistematizado de registro de cáncer, aplicable por completo al programa de tamizaje por parte de las diferentes EPS e IPS.

Finalmente, se plantea la necesidad de profundizar en el estudio del problema de la calidad de la citología, de cómo se efectúa la asimilación de la información por parte del personal médico y paramédico, de cómo se realiza el seguimiento de las alteraciones citológicas detectadas, mediante el desarrollo de líneas de investigación sobre el tema y cómo puede mejorarse el trabajo de tamizaje que realiza la Dirección seccional de salud y el Laboratorio citopatológico.

Palabras clave: Citología, sistemas de información cáncer, tamizaje.

INTRODUCCIÓN:

Los programas de detección y control del cáncer del cuello uterino han surgido como respuesta a los resultados desalentadores del tratamiento en los casos de enfermedad avanzada que ha cobrado numerosas vidas, produciendo gran carga de la enfermedad; aunque se ha demostrado que la realización de la prueba tamiz de la citología cervico-uterina cuando es aplicada en forma masiva, sistemática y periódica con énfasis en la población de riesgo es un método exitoso para detectar la enfermedad tempranamente, continuamos asistiendo a la presentación de ésta neoplasia en estadios avanzados y cobrando numerosas muertes. Es un hecho muy conocido que la sobrevida de mujeres cuya enfermedad se detectó en estadios tempranos y fueron tratadas

adecuadamente, alcanzó hasta un 98% a 5 años, mientras que en los estados avanzados tan sólo sobreviven el 50%, agregando a ello elevados costos sociales y económicos.

En nuestro país se adelantó la actividad de la toma de citología cervico-uterina como parte del programa materno infantil (planificación familiar y control prenatal) a partir de 1960, época en la cual se aplicó indiscriminadamente a las mujeres que iniciaban su vida sexual activa con una baja cobertura, deficiente dotación técnica de los laboratorios de citopatología y poca disponibilidad de recurso humano calificado para realizar la lectura citológica.

A partir de 1991 se comenzaron a implementar programas bajo la coordinación del Instituto Nacional de Cancerología (INC), que ha recomendado la práctica de la citología cervicouterina (Tecnología sencilla y de bajo costo) con una periodicidad anual. Posteriormente, varios estudios demostraron que la práctica de dicho examen cada tres años luego de un tamizaje anual por dos ocasiones consecutivas, cuando los resultados han sido negativos, puede disminuir hasta en un 90% la incidencia de estadios invasivos. Actualmente se recomienda en Colombia y para la población del régimen vinculado, la práctica de la citología con una periodicidad, siguiendo el esquema 1-1-3 siempre y cuando al menos el 90% de las mujeres continúen en el programa y asistan a los controles en el tiempo previsto.

Dentro de la organización del programa actualmente existe un nivel Nacional, representado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología y a un nivel seccional, con una coordinación central del programa y el apoyo del laboratorio de citopatología, articulado al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP). El Departamento de Caldas ha organizado las unidades de patología cervical y colposcopia (UPCC) en la mayoría de municipios donde la neoplasia y sus lesiones precursoras son más frecuentes según estudios epidemiológicos previos. La DSSC ha promovido y mantenido hasta el momento la realización de la citología y el diagnóstico patológico mediante la toma y estudio de biopsias con ayuda colposcópica bajo la responsabilidad del LDSP.

Al laboratorio de salud pública (LDSP) se le ha asignado la responsabilidad de hacer lectura centralizada de la citología tomada en las unidades de salud, el control de calidad interno y externo, el estudio histopatológico y el registro de la información que lleva hasta el momento en una base de datos denominada CITOCECA.

De acuerdo con lo anterior, la DSSC diseñó a partir de 1997 un programa denominado CITOCECA, el cual permite llevar un registro de las pacientes sometidas al tamizaje citológico, permitiendo el seguimiento de las mujeres que ingresan al programa y la evaluación del mismo a partir del formulario de solicitud de estudio citológico (de la prueba de tamizaje), los cuales son objeto del presente análisis.

El programa CITOCECA, similar a como se hace con un registro de cáncer, organiza la recopilación, almacenamiento, análisis, interpretación y notificación

sistemática de datos sobre personas con cáncer, lesiones precursoras o aún, sin cáncer pero objeto de tamizaje, y su complementación con los datos del diagnóstico histopatológico nos permite establecer la verdadera incidencia de la neoplasia en una población determinada donde lo apliquemos y nos proporciona una herramienta valiosa, para la evaluación y control del impacto del cáncer y de su control en la comunidad.

OBJETIVO GENERAL:

El presente estudio es un análisis de la información registrada en el programa CITOCECA durante su primer año de funcionamiento, el año de 1998, teniendo en cuenta las relaciones entre las variables de mayor interés, está dirigido a caracterizar la población estudiada mediante la prueba de la citología cervicouterina, informada en el LSP entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1998. Se trabajó sobre los siguientes objetivos:

1. Presentar los hallazgos del programa ejecutado durante 1998, según variables de lugar, edad y persona que permita observar las características epidemiológicas de la población del régimen vinculado a nivel departamental, que fié sometida al tamizaje citológico.
2. Realizar un análisis estadístico de la información recolectada en el programa CITOCECA durante 1998, según las variables de interés y plantear alternativas para una racionalización de los recursos destinados al programa.
3. Presentar un modelo para el manejo de bases de datos poblacionales aplicables a los diferentes programas de salud departamentales.

MATERIAL Y METODOS:

El estudio se realizó en dos fases: la primera de tipo descriptivo, donde se definieron las relaciones según frecuencias de las diferentes variables y una segunda fase de tipo analítico, donde se evaluaron las relaciones entre las variables de mayor interés.

Los datos fueron digitados de acuerdo a las instrucciones consignadas en el "Manual de manejo del sistema de información para la detección, seguimiento y control del cáncer de cuello uterino en el departamento de Caldas".

Algunas variables tales como código de la institución, código del barrio, nombre de la paciente, historia clínica, dirección de domicilio, número de cédula, nombre de quien hace la lectura de la muestra, código del municipio de domicilio, teléfono del domicilio, no fueron evaluadas en este trabajo puesto que no aportan al objetivo del mismo.

Análisis Estadísticos:

1. Estadísticas básicas: Las variables utilizadas de la base de datos original CITOCECA fueron re-codificadas para realizar tablas de frecuencia y análisis porcentuales de ellas, y de ésta manera se establecieron las frecuencias

relativas de todas las variables de estudio de la base de datos, teniendo en cuenta toda la población.

2. Análisis Multivariado: Se llevó a cabo análisis de correspondencias múltiples y análisis de clasificación. Estos permitieron observar relaciones entre variables que posteriormente fueron verificadas mediante tablas de contingencia. Para ello se utilizó una muestra aleatoria tomada de la base de datos original CITOCECA; la selección se hizo mediante muestreo aleatorio simple, estimando una confiabilidad del 95% y con un error permitido del 5%. Se seleccionaron 377 muestras con base además en el número de pacientes vinculadas en cada municipio, realizando la asignación proporcional de la muestra en cada uno de ellos.

El análisis de correspondencias múltiples se utiliza para cruzar n-variables de tipo categórico, y persigue encontrar asociaciones entre las diversas unidades temáticas de estudio tales como edad, municipio, citología previa, observaciones, método de planificación, etc; además se facilita la construcción de tipologías de pacientes cuando se utiliza la clasificación.

3. Correlación entre Variables: Para las variables que estuvieron asociadas en el análisis de correspondencias múltiples se construyeron tablas de contingencia de 2x2y se determinó el grado de significancia estadística de las mismas mediante la prueba de chi- cuadrado. El nivel de significancia permitido se fijó en un 5%, y se trabajó con las 23.646 muestras, correspondientes al 100% de las citologías interpretadas por el LSP.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La información analizada corresponde al estudio de los datos generados por 23.646 informes de citología cervicouterina estudiados y digitados por la unidad de Citopatología del Laboratorio Departamental durante el año de 1998. Dicha información se almacenó utilizando los parámetros establecidos por el programa CITOCECA, creado por la DSSC y corresponde a la totalidad de la información generada al interior del Laboratorio. La muestra analizada correspondió al 99% de los pacientes del régimen vinculado que por sus características sociodemográficas pueden ser unos de los más expuestos a los factores de riesgo más importantes para nuestra población, los cuales fueron caracterizados en un estudio anterior (multiparidad mayor de 4 hijos, inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años, primer parto antes de los 19 años, bajo nivel de escolaridad o analfabetismo y tabaquismo). Es de anotar que la muestra evaluada aunque corresponde a un grupo muy grande de las mujeres (vinculadas) sometidas al tamizaje, no llena todos los criterios estadísticos para ser plenamente representativa de la población de mujeres caldenses a riesgo de presentar cáncer cervicouterino y sus lesiones precursoras.

PROCEDENCIA: Los resultados indican que la mayoría de las pacientes proceden de la zona urbana, 17.870 mujeres (75%), mientras que a la zona rural solamente corresponden 5.775 mujeres (24.42%). Según el DANE, en el departamento de Caldas, el 64.4% de la población vive en el área urbana, lo

cual explica en parte el mayor énfasis que se encuentra en la población urbana en los diversos programas de salud pública.

La situación detectada incide directamente en los análisis que en el futuro se realicen sobre los indicadores de incidencia y mortalidad, para lo cual debemos tener en cuenta los fenómenos de migración voluntaria y de desplazamiento forzado por la situación de inseguridad y violencia en la población, hecho que se dá en un alto nivel en el departamento de Caldas.

En un estudio anterior se determinó que el conocimiento sobre la existencia de la prueba de la citología es mayor en el área urbana (70.1%), comparado con el área rural en donde sólo el 53.1% de mujeres encuestadas no la conocían, hecho que nos debe hacer reflexionar sobre la necesidad de implementar nuevas estrategias para obtener el tamizaje de esta población.

MUNICIPIO: El mayor número de mujeres usuarias del programa procedieron de los municipios con mayor densidad poblacional. En orden decreciente fueron: Chinchiná (12.5%), La Dorada (9.6%) Riosucio (6.7%) , Aguadas (6.4%) y Supía (6.0%). Se detectó una baja proporción de usuarias del programa de citología en municipios con población importante de mujeres como Anserma, Marquetalia, Palestina y La Victoria, los cuales han sido considerados como de alto riesgo de mortalidad por cáncer cervical.

La mayor proporción de citologías anormales se observó en aquellos municipios con mayor volumen de exámenes enviados, a excepción de la ciudad de Manizales por razones que no conocemos aún. Podemos apreciar una mayor proporción de citologías anormales en Manizales (4.8%), Salamina (4.4%), Victoria (4.2%), La Dorada (4.1%) y Chinchiná (4.0%). Hay otros municipios con proporciones cercanas al 1% de citologías anormales como Marmato, Risaralda y Riosucio.

Para explicar los hallazgos anteriores, tendríamos que entrar a considerar las características específicas de la población tamizada durante 1998 y la veracidad de los datos consignados en los formularios, ya que no se pudo detectar si se realizó sobre población tamizada reiteradamente y supuestamente sana, o si la población correspondió a la verdaderamente expuesta a los factores de riesgo, o por el contrario, se trató de una población con escasos factores de exposición. La proporción de anormalidad citológica para toda la población estudiada fué del 4.2%, la cual está dentro del rango esperado para los programas de éste tipo. Ver tabla No.1.

Cuando los resultados anteriores se estudiaron según el diagnóstico específico, atendiendo a la codificación utilizada por el CITOCECA, se encontraron 279 muestras (1.18% del total) que presentaron cambios de infección por VPH con proporciones relativas mayores para Manizales, Chinchiná, La Dorada, Villamaría y Victoria (1.50% en promedio). Todos ellos, junto con Salamina, han tenido una elevada mortalidad por cáncer cervical; sin embargo, otros municipios de reconocida alta mortalidad por la enfermedad como Marquetalia, Manzanares, Riosucio, Supía y Anserma tuvieron niveles relativos más bajos (cerca del 1%). Esta información se debe interpretar cuidadosamente y justifica

una evaluación posterior, luego del seguimiento que se debe hacer a la población ya que desconocemos como es el comportamiento del tamizaje en el tiempo y las características sociodemográficas de la población total que puede variar por diferentes razones.

Tabla 1. Citologías anormales por municipios y participación porcentual relativa

(% de acuerdo al número de usuarias en cada municipio)

Municipio	Porcentaje (%) Citología Anormal	Porcentaje (%) V.P.H
Manizales	4.89	1.78
Aguadas	1.91	0.79
Anserma	3.03	0.81
Aranzazu	1.91	0.79
Belalcázar	2.52	0.67
Chinchiná	4.05	1.96
Filadelfia	2.34	0.93
La Dorada	4.16	1.67
La Merced	3.69	0.99
Manzanares	3.01	1.26
Marmato	1.06	0.71
Marquetalia	2.04	0.77
Marulanda	1.89	0.47
Neira	2.89	1.38
Pácora	3.92	1.03
Palestina	2.23	1.24
Pensilvania	3.78	1.02
Riosucio	1.88	0.75
Risaralda	1.66	0.90
Salamina	4.41	1.23
Samaná	3.23	0.71
Supía	3.27	1.18
Victoria	4.20	1.53
Villamaría	3.64	1.50
Viterbo	2.62	0.92

Entre otros municipios que aún no se han considerado como de riesgo para cáncer se detectó una baja utilización de la citología, pudiéndose afirmar que se debe estudiar desde la perspectiva de las causas que la pudieran determinar, entre las cuales se cuentan: una baja disponibilidad de recursos para la toma citológica, costos elevados para los pacientes representados en desplazamiento y lucro cesante, poca motivación y educación en la comunidad sobre el problema, entre otros.

Debemos tener en cuenta que el departamento de Caldas dispone de un Laboratorio central, (ISP), con modernas instalaciones, ágil, eficiente, donde se efectúa la lectura y el control de calidad interno y externo, y por lo tanto, se han eliminado muchas dificultades que anteriormente se esgrimían para no utilizar adecuadamente la prueba de la citología.

EDAD: La población estudiada estuvo en un rango comprendido entre los 12 y 98 años. Al distribuirla por grupos decenales a partir de los 15 años de edad, se encontró que el 58.7% de las mujeres se hallaban dentro del grupo de 25 a 44 años. El grupo más numeroso se encontró entre los 25 y 34 años de edad (32 %), seguido por el de 35 a 44 años (26.7%) y el del 5 a 24 años (15.1 %). El 74.7% de la población se encuentra entre 15 y 44 años. La Victoria fue el municipio con mayor número de mujeres con 14 años o menos que se tomaron una citología (correspondientes al 1% de las que acudieron allí).

Para los grupos con edades de mayor interés según los criterios epidemiológicos, encontramos que en Palestina y Riosucio se tomaron citologías en mayor proporción a las mujeres entre 15 y 24 años (19.6%); en Marulanda y Risaralda a las mujeres entre 25 y 34 años (38.3% y 36%); entre 35 y 44 años en los municipios de Belalcázar y Palestina (30.7 y 29.9%) y entre 45 y 54 años en los municipio de Manizales, Anserma y Samaná (entre 22.6 y 17%). En el grupo de mujeres con mas de 54 años, los municipios de Viterbo y Salamina realizaron el mayor número de tomas citológicas Observando los promedios de edades por municipios para la toma citológica, se encontró que en Manizales fueron de mayor edad (41.7 años) y en Palestina las más jóvenes (35.2 años). Se puede decir que la edad promedio para el tamizaje en el departamento en éste período fue de 36.8 años. En condiciones ideales el tamizaje inicial debe hacerse al 100% de mujeres menores de 35 años para lograr controlar la mortalidad por ésta neoplasia. Llama poderosamente la atención que en ninguno de los municipios reportados como críticos se encontró un predominio de citologías tomadas a los grupos de mayor interés (25 a 44 años) en relación a su propia población, cuando se comparó con las tablas demográficas facilitadas por el DANE.

Tabla 2. Distribución de las Citologías anormales según grupos de edad

Edad	Porcentaje (%)
Menor o igual a 14 años	0.00
De 15 – 24 años	14.88
De 25 – 34 años	29.09
De 35 – 44 años	29.62
De 45 – 54 años	15.28
De 55 – 64 años	7.37
Mayor o igual a 65 años	3.75

En cuanto a la distribución de las citologías anormales por grupos de edad, en la tabla No.2 se observan proporciones similares a los grupos tamizados. El 58.71% de los casos con citologías anormales corresponden a los grupos entre 25 y 44 años. El porcentaje del grupo entre 15 a 24 años, con 14.88% de anomalías puede indicarnos que debemos incrementar el tamizaje y obtener una mayor detección de lesiones a esta edad.

Como se describió inicialmente, los grupos de edad conformado por las mujeres entre 15 a 44 años de edad corresponden a las usuarias que con mayor frecuencia demandan los servicios del programa. Según los estudios disponibles se describe que el grupo de edad entre los 35 y 44 años constituye la “población crítica”, que debemos seguir intensamente. En el presente estudio se observa que para éste grupo solamente se realizó la tamización citológica a un poco más de la cuarta parte de la población a riesgo, cifra que no se encuentra en los niveles óptimos de tamizaje poblacional.

Sin embargo, el haber encontrado un porcentaje relativamente alto de citologías previas realizadas a las mujeres entre 30 y 40 años indica ya que hay un impacto del programa de tamizaje. se debe insistir en reforzar éste sobre el grupo de edad que hemos denominado “crítico” para que una mujer pueda quedar protegida para desarrollar cáncer cervical. Esto se confirmó por la asociación que se observó entre los grupos de edad de 30-50 años y el resultado de citología previa anormal con un 59% del total de casos para éste grupo de edad.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: El formulario de recolección de la información permitió leer 15 métodos de planificación, pero llamó la atención que 10.066 mujeres (42.59%) no utilizaron método alguno de planificación y dentro del grupo de las que utilizaron algún método de planificación, se encontró que el más usado es el de la ligadura de trompas 4.418 mujeres (19.9%), éste es el método más empleado en la mayoría de los municipios, principalmente Victoria y Villamaría (26.2%), seguido por el uso de los anticonceptivos orales: 4.058 (18.7%); el dispositivo intra-uterino fue utilizado por 3264(13.1%), el cual es más utilizado en La Merced y Risaralda (16.5 y 17.6%).

Las mujeres menores de 35 años planifican preferiblemente con la píldora (60 %), seguido por el dispositivo intrauterino (22%). En general, el uso de la ligadura de trompas está asociado con edades entre 35 y 54 años (59%). Métodos como el condón, los anticonceptivos inyectables, el ritmo y otros, fueron utilizados por una minoría de usuarias del programa de citología: 1.831 (7.74%). Dentro del grupo de las mujeres que planificaron, se determinó un tiempo en años para el uso del método de planificación que en su mayoría fue inferior a 5 años (11.920 mujeres: 50.4 %).

Se debe resaltar que el 39.8 % de las mujeres que no planificaron tampoco se habían realizado una citología previa. Éste porcentaje disminuyó al 20% en las que planificaron mediante ligadura de trompas y al 16% en las que tomaban anovulatorios. Al realizar los análisis estadísticos, se encontró asociación significativa entre no utilizar método de planificación y tener citología anormal.

Por otra parte, los datos anteriores sugieren que no existe suficiente conciencia sobre la importancia de los métodos de planificación de barrera para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del cáncer cervical. Históricamente, las campañas de tamizaje citológico fueron implementadas sincrónicamente con las de planificación familiar, lográndose un impacto sobre ambos métodos, retomar ésta práctica puede ser de gran beneficio para ambos programas y en general, para otras campañas de prevención de enfermedades

de transmisión sexual, incluyendo el Sida, aprovechando la oportunidad para un tamizaje citológico que se presenta cuando una mujer acude en busca de un método adecuado para planificar.

Merece consideración aparte el hecho que en el nuevo Sistema de Seguridad Social no se contempla la realización de ambas actividades sincrónicamente, lo cual es un hecho que debe reconsiderarse.

Del grupo de mujeres que no utiliza método de planificación que es muy alto (42.59%), no se indagó en el cuestionario sobre la posible utilización de métodos por parte del compañero sexual. Es indiscutible que éste representa un papel muy importante en la decisión que sobre el tema debe afrontar la pareja. Dada la importancia que estos métodos han adquirido para el hombre, queda claro que debe agregarse una casilla para incluir los métodos utilizados por él y en conjunto por la pareja.

TIEMPO QUE HA PLANIFICADO: El 87.8% de las mujeres que planificaron, lo hicieron durante los últimos cinco años. No observamos relaciones significativas en el comportamiento de ésta variable con relación a las demás.

CITOLOGÍA PREVIA: De la población estudiada, solamente 3.742 mujeres (15.8%) dijeron tener citología previa, y de ellas, 2.980 mujeres (12.6%) dijeron conocer el resultado de dicha citología mientras que las restantes :768 (3.2%) dijeron no recordar el resultado de su citología previa.

Al cruzar las variables edad y citología previa encontramos una relación directa entre edad y proporción de mujeres con citología previa, siendo mayor en mujeres cuyas edades se encontraban en el grupo entre 30 y 40 años. De igual manera, en relación a los municipios se encontró que en Neira y Aguadas hubo una mayor proporción de mujeres sin citología previa (90.5 y 89.2%), mientras que en La Dorada, Manzanares y Manizales se encontraron las mayores proporciones de mujeres con citología previa (25.3%; 22.2% y 21.1% respectivamente). Es en estos últimos tres municipios también donde se informa el mayor número de citologías con resultado previo de "normalidad".

La divergencia tan grande en los datos puede explicarse por que en algunas localidades se estén realizando actividades educativas y de promoción que conduzcan a repetir el tamizaje citológico.

Los casos con cambios por infección con el VPH son más comunes en mujeres sin citología previa (7 1.68%) del total de casos con resultado donde había cambios reactivos o anormalidades en células escamosas o glandulares, lo cual parece sugerir la necesidad de reforzar ambas campañas de salubridad.

En relación al resultado de la citología previa, los municipios de Palestina y La Merced presentaron las mayores proporciones de citología previa anormal (5.6% y 4.4%), lo cual contrasta con la situación de La Dorada, Manzanares y Manizales que mostraron las mayores proporciones de citologías normales previas (22%, 16% y 17% respectivamente).

Se encontró asociación entre las variables edad y resultado anormal de la citología previa. El grupo de edad entre 25 y 44 años obtuvo una mayor tendencia a un resultado anormal de la citología previa. Si bien el formulario no permitió establecer el tipo de anomalía en la citología previa, quedó claro que este grupo de edad adquiere una importancia muy grande en las campañas de tamizaje.

El hallazgo de una proporción del 15% de mujeres retamizadas se debe considerar de acuerdo con las metas del programa para el período del estudio y según las normas, incluyendo los grupos que ya han tomado el esquema 1-1-3. Por ahora podemos considerar la necesidad de mejorar el seguimiento de las mujeres sometidas al tamizaje para la enfermedad hasta lograr un retamizado de al menos el 25% cada año y en un período de tiempo no mayor de 5 años, y comenzar a obtener un impacto sobre la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Analizando la totalidad de la información disponible se puede afirmar que al realizar una segunda citología para el grupo de mujeres con citología previa, se aumenta la proporción de citologías ANORMALES casi en el doble de la cifra general, este hallazgo contrasta con el de un porcentaje alto de citologías con cambios por el VPH en los casos de primera lectura.

PROCEDIMIENTOS ANTERIORES: En relación a si Le han practicado procedimientos como cauterización, Histerectomía, Conización, Radioterapia o Vaporización, contestaron afirmativamente 244 casos (0.3% del total) de los cuales el 92% correspondió a mujeres histerectomizadas, y en este grupo el municipio con una mayor proporción de casos fue Manizales (9.3%).

Se evaluó la relación existente entre el procedimiento realizado y el antecedente de enfermedad neoplásica o preneoplásica en el cuello uterino y se encontró que sólo el 0.3% del total presentaron dicho antecedente. Lo anterior podría indicarnos que los esquemas de control citológico posteriores a la realización de éstos procedimientos probablemente no se ejecutan siguiendo las pautas determinadas en los protocolos de manejo; sin embargo, también se debe considerar que las pacientes pudieron olvidar la verdadera causa del procedimiento realizado hace varios años, considerando entonces un sesgo por subregistro de información.

Es sorprendente el número excesivamente bajo de pacientes en control con un procedimiento previo, que generalmente está considerado como terapéutico para algún grado de lesión neoplásica o preneoplásica. Si bien éste es un dato que no debemos analizar independientemente, es de esperarse que todas las pacientes a quienes se les ha practicado procedimientos como los registrados en esta categoría, permanezcan en control citológico por un tiempo prolongado atendiendo las normas del programa.

Debemos tener en cuenta que no existía un registro de mujeres a quienes se les hubiera practicado tratamiento específico para neoplasias y esto es una gran Limitación para efectuar un análisis a esta información por lo cual surge la necesidad de llevar una base de datos para supervisar el seguimiento de las

pacientes y que pueda ser diligenciada por las diferentes instituciones de salud, EPS e IPS.

CARGO DE QUIEN TOMÓ LA CITOLOGÍA: Las muestras fueron tomadas en su gran mayoría por las auxiliares de enfermería: 21.019 (88.9%); Bacteriólogas: 1959 (8.3%) y por los médicos o enfermeras en 667 casos (2.82%). Manizales y Villamaría muestran los mayores porcentajes relativos de citologías tomadas por médicos (16%). Las auxiliares de enfermería realizan la toma citológica casi con exclusividad en Marquetalia (99%); Marulanda y Manizales (97%).

Es muy baja la participación de los médicos y las enfermeras en esta actividad. Para los primeros, consideramos que la toma citológica debe hacer parte del examen general y casi invariablemente del examen ginecológico de toda paciente que acude a una consulta; el médico general debe incrementar su participación en estas actividades. Al parecer, la razón por la cual las enfermeras no participan en mayor medida en la toma citológica se debe a que realizan numerosas actividades.

INFORME CITOLÓGICO POR EL LABORATORIO: El protocolo de informe citológico adoptado desde hace varios años por el ISP se acoge a la nomenclatura del sistema Bethesda para informe de citología, en el que se considera que debe evaluarse la calidad del material estudiado por el laboratorio, se hace la clasificación por categorías diagnósticas y se emiten algunas conclusiones o recomendaciones. En los informes de las muestras limitadas para evaluación o inadecuadas obtuvimos los siguientes resultados:

Muestra repetida por: Dentro de las causas por las cuales se recomendó la repetición de la muestra de citología, se encontró en primer lugar la existencia de exudado inflamatorio que opacó la lectura en más del 75% de la placa en 1.021 casos (4.3%), seguido por la ausencia de células endocervicales: 982 casos (4.15% del total de citologías analizadas). En Manizales, Risaralda, Supía y Villamaría se observaron las proporciones más elevadas por esta causa (8.4%, 7.6%, 6.2% y 6.0% respectivamente).

Como era de esperarse, se encontraron proporciones mucho más bajas para otras causas tales como: muestra insuficiente por escasa celularidad: 152 casos (0.64%), mala fijación: 147 casos (0.62%), hemorragia que impidió la lectura en: 75 casos (0.3%) y extendido muy grueso: 5 casos (0.02%).

Las placas repetidas por exudado son más comunes en las mujeres menores de 25 años (4.5%) o en las mayores de 60 años (6.6%). Las mayores proporciones de citologías con ausencia de células endocervicales se encontraron en mujeres entre 45 y 54 años (5%) y en aquellas mayores de 64 años (4.8%).

La sumatoria de los casos cuyo informe solicitó la repetición de la muestra fue cercana al 10% lo cual puede corregirse en gran medida con la aplicación de las normas precisas para la toma citológica pudiéndose reducir hasta en un 7—8% la proporción de citologías inadecuadas o limitadas para evaluación.

RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA ACTUAL: Sobre 23.646 citologías estudiadas, resultaron 22.899 (96.8%) clasificadas como negativas para neoplasia y 747 positivas: (3.2%) dentro de las cuales se incluyen los diagnósticos de NIC-I, NICI I, y NIC-III; Carcinoma Intraepitelial e invasivo, Adenocarcinoma, cuya distribución se presenta en la tabla No.3.

Tabla No. 3 Categorías Diagnósticas en 23.646 Citologías

CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE
Dentro de los límites normales	85.07
Negativo para malignidad con cambios reactivos por inflamación	1.92
Anormalidades en células escamosas de naturaleza no determinada (ASCUS)	0.90
ASCUS sugestivo de lesión escamosa o preneoplásica o NIC I	1.59
ASCUS de posible origen neoplásico	0.06
LEI 2 compatible con NIC II (incluye cambios sugestivos de infección por VPH asociada)	0.12
LEI 2 compatible con NIC III (Displasia severa)	0.14
LEI 2 compatible con NIC III (Carcinoma in-situ)	0.06
Cambios sugestivos de carcinoma invasivo	0.07
Anormalidades en células glandulares	0.16
Adenocarcinoma	0.01
Limitado para evaluación o insatisfactorio	9.83

Los cambios citológicos asociados a la infección por el VPH se codificaron por separado cuando no acompañaron a cualquier grado de MC o carcinoma dentro de la categoría de negativos. La prevalencia general del diagnóstico de “cambios citológicos compatibles por infección por VPH” fue de 1.18%. Los municipios de Manizales y La Victoria presentaron una proporción relativa más alta (1.8%), al igual que Villamaría, mientras que Aranzazu y Marulanda son los que indican una menor prevalencia (inferior a 0.6% cada uno). Se encontró una clara tendencia a mostrar que los cambios por VPH son inversamente proporcionales a la edad.

Por otro lado, aunque no existe asociación entre edad y tipo de anomalía en el resultado de la citología, se puede decir que las mujeres con edades superiores a 64 años tienen un porcentaje relativo superior a las de otras edades (4.14%), sin especificar el tipo de anomalía citológica observada.

El 4.7% de las mujeres que informaron una citología previa normal, presentaron anomalía de algún tipo en la última citología (leída en 1998), de igual forma ocurre con el 12.5% de las que habían presentado alguna anomalía en el examen previo y en el 7.8% de las que no se hicieron dicho examen. Estos resultados confirman una vez más, la importancia del seguimiento.

Entre las citologías con anomalías, la displasia leve (NIC 1) fue la más común (29.7%), seguida por la displasia severa (NIC 111) y luego por la displasia moderada (NIC 11). Los únicos dos casos de Adenocarcinoma ocurrieron en mujeres sin citología previa. El 18.7% de las mujeres con citología anormal tuvieron una citología previa normal pero esta proporción se reduce al 12.54% de mujeres con anomalías en ambos casos.

En Colombia, la prevalencia general de anomalías citológicas se había estimado en el 1%, debido probablemente a que el tamizaje se realiza sobre el mismo grupo de mujeres, anual o periódicamente.

El análisis de la información como tal y del programa nos permitió observar que aún tiene algunas limitaciones que tienen que ver tanto con las preguntas consignadas en el formulario, como con las categorías para codificación. Existió una proporción muy elevada de casos con ausencia de suficiente información sobre la citología previa; la existencia de variables con demasiadas categorías impide un análisis de todas las variables. Se detectó la tendencia a diligenciar de forma incompleta el formulario de datos de solicitud de estudio citológico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

El estudio permitió tener un conocimiento más preciso sobre las características del tamizaje y de la población sometida a él durante 1998.

- Es prioritario implementar un sistema de información para efectuar seguimiento de las mujeres con diagnóstico de cáncer cervical o lesiones precursoras y a quienes se les realiza tratamiento en las IPS públicas o privadas. Esto es muy importante como medida directa para evaluar el impacto del programa y establecer controles al seguimiento, así como evaluar la citología como medio de "tamizaje". Se requiere mayor investigación de este problema específico.
- Se debe realizar un estudio sobre sensibilidad y especificidad de la prueba tamiz y recomendaciones sobre cómo mejorar el rendimiento del examen por parte del laboratorio citopatológico.
- Lograr mayor participación de médicos y enfermeras en la toma citológica y estimular la participación del personal entrenado para tal fin.
- Incrementar la actualización y control sobre el personal que realiza la toma citológica para disminuir al menos en un 5% cada año las causas de muestra inadecuada por cualquiera de los motivos considerados en el estudio.
- El programa debe tener unas metas de citologías a realizar a mujeres a una edad determinada para cada municipio, según su perfil epidemiológico, especialmente Manizales, Chinchiná, Salamina y La Dorada, los cuales son los más densamente poblados.

- La utilización de métodos anticonceptivos es muy baja en la población estudiada, lo mismo que la toma de una citología previa. Se deben reforzar las campañas para que la población más expuesta a riesgo aumente la utilización de ambas medidas, en especial los métodos de barrera que brindan protección para la infección por el VPH.
- La información disponible confirma que con la realización de una segunda citología es posible incrementar los resultados de ANORMALIDAD, logrando un mayor impacto sobre los casos de detección precoz.
- Incrementar la promoción de la toma de citología en las áreas rurales y educar acerca de la prueba citológica a las mujeres en edad de realizarla, haciendo énfasis en aquellas que tengan los factores de riesgo.

BIBLIOGRAFIA:

AUSTIN, RM. Conference XXX on quality and liability issues with the Papanicolaou Smear. Arch. Pathol Lab Med. Vol 121, March. 1997.

Bol. Epidemiol de Caldas. Programa de detección precoz de cancer cervicouterino en Caldas: SSSC. Año 4, No.3 Abril-Dic de 1990.

DANE, censo 1993.

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS, Citoceca: Base de datos, Manual para aplicación. Manizales, 1998.

DOS SANTOS SILVA, Isabel Epidemiología del cáncer: Principios y métodos Publicación científica IARC-OMS, 1999.

HERBST, A.L.: The Bethesda System for cervical! Vaginal diagnoses. Clin Obstet and Gynecol. 1992; 35:22-27.

IARC: EPIDEMIOLOGY OF CERVICAL CANCER AND OF VPH INFECTION. International Agency for research on cancer (WHO) editors: N. Muñoz, F.X. Bosch, K.V. Sarah & Meheus. IARC Scientific publications No. 119. Lyon, 1992.

Informe estadístico interno de actividades de la sección de control de patologías, Dirección de salud de Caldas. 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, Manual de supervisión y evaluación. Detección y control de cáncer de cuello uterino, documento técnico No.6. Santafé de Bogotá. Colombia, 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, Manual de técnicas y procedimientos de Enfermería. Programa de detección y control de cáncer de cuello uterino. Santafé de Bogotá, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia 1990, Santafé de Bogotá, 1993.

JANERICH, DT., Hadjimichael O. Schwartz PE., et al: The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. Am J. Public Health. 1995; 85:791-794.

KOSS, LG. Cervical (PAPI smear: New directions. Cancer. 1993: 71:1406-1412.

KOSS, LG. Diagnostic accuracy in cervicovaginal cytology. Arch Pathol Lab Med. 1993:117:1240-1242.

LÓPEZ, O; González LF; López JO: Factores de Riesgo para cáncer cervicouterino en Caldas. Tesis de grado. Universidad de Antioquia, Medellín. 1998.

MINISTERIO DE SALUD,. Protocolos de manejo integral de ocho patologías oncológicas, Santafé de Bogotá 1996.

NORIEGA, W W Daniel, Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Daniel W.W. editores, Mexico, 1995.

OLARTE, G., Arango O., López G. et. Al: Detección del cancer cervicouterino mediante colposcopia en Caldas, Informe de 559 casos. in: World Congress of Anatomic and Clinical Pathology. Monduzzi Editore, Bologna, Italia, 1994.

PROFAMILIA ASOCIACIÓN PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA. Institute for Resource Development/Macro International, Inc. (DHS) Encuesta de prevalencia. Demografía y Salud. 1990.L.

ROBB, J. The pap smear is a cancer screening test: Why not put the screening error rate in the report? Diagn. Cytopathol. 1993 9:485- 486.

Saphir Kline Tilde: The papanicolaou smear. A brief historical perspective and where we are today. Arch Pathol Lab Med- Vol 121, March 1997: 205-209.

SEGURO SOCIAL. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Manual de normas técnicas y administrativas. Santafé de Bogotá. 1997.

The screening histories of women with invasive cervical cancer. Connecticut. Am. J. Public Health. 1995: 85:791-794.

WALTON, RJ. Et al: Canadian task force on cervical screening programs. Cervical cancer screening programs: Summary of the 1982 Canadian task force report. Can Med. Assoc. J. 1982; 127:581-587.