

# COBERTURA DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS

## Localidad de Kennedy, Bogotá D.C. 2005

César Augusto Castiblanco Montañez\*, Gloria Maritza Pinilla Pinilla\*

### Resumen

Hace más de tres décadas los programas para la prevención del cáncer de cérvix se han centrado en la práctica de la citología cervicouterina. Sin embargo, aspectos como bajas coberturas y la falta de acceso a los reportes entre otros factores, han impedido cambios del perfil epidemiológico de esta enfermedad en Colombia.

Este estudio evalúa la cobertura, el conocimiento del reporte, los motivos para la realización del examen y el nivel de conocimientos con respecto a la prueba y a esta patología. Se aplicó un instrumento a una muestra representativa de 426 mujeres mayores de 15 años de la localidad de Kennedy, Bogotá, D.C, seleccionadas aleatoriamente en sus domicilios, a través de un muestreo por conglomerados.

**Resultados:** se identificó una cobertura de citologías del 82.9% en mayores de 15 años y 94% intervalo de confianza (IC) 95%: 91% - 96.4% en mujeres de 25 a 69 años (población sujeto). El 88% de los motivos para no haberse practicado nunca la citología fueron el hecho de considerarla innecesaria, el temor a la misma y la vergüenza. 61% considera que la frecuencia de toma de citología en una mujer saludable debe ser anual y 35.4% cada seis meses.

Aunque la cobertura del 94% es ideal, esto no se ha reflejado en disminución de la mortalidad según datos del DANE. Por lo cual, es importante evaluar y analizar otros factores que puedan favorecer dicha situación, como pobres controles de calidad en la toma y lectura de muestras (el porcentaje de positividad fue de apenas 1.4%), limitado acceso a los reportes, a los servicios de diagnóstico definitivo o tratamiento y bajo seguimiento a usuarias con reportes anormales.

**Palabras Clave:** neoplasmas del cuello uterino, citología cervicouterina, servicios de salud, salud de las mujeres, cobertura de servicios de salud.

**Abreviaturas:** IC, intervalo de confianza; INC, Instituto Nacional de Cancerología; DE, desviación estándar; CCU, citología cervicouterina; VPH, virus del papiloma humano.

### Introducción

Todos los años se presentan unos 466.000 nuevos casos de cáncer cervico-uterino en todo el mundo. En los países en desarrollo este tema ocupa el segundo lugar después del de mama y es la principal causa de mortalidad por cáncer en las mujeres. A nivel mundial provoca la muerte de 231.000 mujeres por año y más del 80% de estas ocurren en los países en desarrollo.<sup>1</sup>

En Colombia el cáncer de cuello uterino mantiene una alta incidencia y mortalidad, se ubica entre las

principales causas de morbilidad y mortalidad en mayores de 35 años y constituye a la vez un serio problema de salud pública para el país y el Distrito Capital. En las pacientes provenientes de Bogotá, D.C, y atendidas en el INC en el año 2002, el originado en el cuello uterino fue la primera causa de cáncer: 13.7%.

En el año en el INC se presentaron 4.990 casos nuevos de cáncer. De ellos, 3.071 (61,5%) fueron en mujeres; los orígenes más frecuentes fueron cuello uterino (14,4%), piel (13,3%), mama (12,2%), estómago (6,5%) y sistema hematopoyético (5,5%).<sup>2</sup>

La edad mediana de las mujeres con cáncer de cuello uterino fue de 46.5 años (rango R) 20-89,

Fecha recibido: 17 de nov.2005

Fecha aceptado: 30 de enero 2006

\* Enfermeros epidemiólogos, área de epidemiología Hospital del Sur E.S.E.

desviación estándar DE 13.2. En la mayoría de los países la incidencia del tumor invasor es muy baja en las mujeres menores de 25 y aumenta alrededor de los 35 a 40 años.<sup>3</sup>

Tradicionalmente los esfuerzos de prevención de este tipo de neoplasia en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, mediante la prueba de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. El procedimiento se desarrolló en la década de los años treinta y se le dió el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou. Desde los años 60 se ha promovido su realización como herramienta de la prevención secundaria.

El Banco Mundial determinó que las intervenciones relacionadas con la neoplasia cervicouterina tienen moderada eficacia en función de los costos si se las compara con otras campañas en salud, y extremadamente eficaces si se cotejan con otras actividades de control de cáncer. El banco calculó que el tamizaje de las mujeres con una frecuencia quinquenal costaría cerca de 100 dólares por año de vida ganado, ajustado en función de la discapacidad (AVAD†), suponiendo que exista un sistema apropiado de derivación para el tratamiento.

Sin embargo, con respecto a procesos diferentes a los anteriores, el tamizaje del cáncer cervicouterino es relativamente caro si se enfoca hacia mujeres de bajo riesgo, si existen barreras de acceso a los servicios que impiden el diagnóstico definitivo o el tratamiento, o cuando se toman pruebas frecuentes a las mismas mujeres.<sup>3</sup> En 1996 Cuba calculó que en menos del 40% de las mujeres mayores de 40 años se estaban realizando pruebas de tamizaje.

La estimación de los costos de la prueba de Papanicolaou en los países en desarrollo varía de tres a diez dólares (el costo incluye la toma de la muestra y el estudio). El costo-efectividad puede verse muy afectado si la calidad de la prueba es deficiente y no se realiza una vigilancia estrecha de la calidad de los laboratorios de citología.<sup>4</sup> La falta de recursos para tamizar a toda la población de mujeres que han

iniciado su vida sexual, demuestra la importancia de hacer un uso racional de los mismos aplicándolo solo a mujeres de alto riesgo.

En algunos países desarrollados los programas de tamizaje citológico han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad. La primera puede bajar hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada.<sup>5</sup>

Por tanto, la medición de coberturas de citología, el acceso a los servicios de tamizaje y a los resultados de la prueba, no sólo constituyen un deber social sino legal. Se encuentra dentro de la normatividad en el país la resolución 412/2000 que define las acciones que deben llevarse a cabo dentro del programa, la frecuencia de tamizaje y la población sujeto, entre las intervenciones a realizar. Según dicha resolución la CCU debe realizarse a mujeres entre 25 y 69 años y a quienes han iniciado relaciones sexuales, de acuerdo con el esquema 1-1-3, que consiste en la realización de dos citologías anuales consecutivas, para luego continuar cada tres años si los resultados han sido normales.

Dicha ampliación está justificada por la historia natural de la lesión, la cual se encuentra relacionada con la infección por el VPH entre otros factores. Se ha recomendado que la frecuencia con que deben realizarse las pruebas de tamizaje para lograr el máximo equilibrio entre los costos y los años de vida ganados es de tres a cinco años. Sin embargo, cuando no es viable repetir las pruebas, realizar una sola en la vida puede reducir en forma significativa la mortalidad de una población determinada.<sup>4</sup>

Por otra parte, la ley 100 de 1993, artículo 185, la resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud y la circular externa 18 de 2004 expedida por el Ministerio de la Protección Social, estipulan como funciones de los hospitales públicos locales (ESE) dentro de la ejecución de los planes de beneficio del PAB y el POS, definir y consolidar la programación de actividades para la prestación de servicios de atención en cáncer de cuello uterino, conforme a lo establecido

en el decreto 3384 de 2000, contar con mecanismos y medios de comunicación eficientes y efectivos con las respectivas EPS o ARS y evaluar en forma periódica la cobertura, oportunidad, cumplimiento e impacto del programa para la toma de decisiones. También define como meta de cobertura de mujeres con citología de cuello uterino, la aplicación del esquema 1-1-3 y el tamizaje del 30% anual.

Pero, aún con la normatividad actual se observa que no se están cumpliendo las metas programadas y la tendencia es tamizar mujeres de bajo riesgo. Es así como en el Hospital del Sur E.S.E. (correspondiente a las localidades Kennedy y Puente Aranda) el 20% de muestras de citologías fueron tomadas en menores de 24 años y de éstas 43.5% eran menores de 20 años. En cuanto al esquema, sólo el 3.5% se encuentra en 3-3, el 7% en 1-1-3, el 31% en el 1-1 y 14% fueron tomadas por primera vez. El resto de muestras se llevaron a cabo por fuera del esquema (44.5%).

La última medición de coberturas fue incluida dentro del II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas ( ENFREC II ) realizado en 1998 (antes de la resolución 412/2000), el cual indagó sobre conocimientos y uso de la citología a mujeres entre 18 y 69 años, de las cuales 80% manifestaron haberse practicado al menos una en la vida, de estas el 63% refiere haberse enterado del procedimiento por información en el centro de salud, seguido por los padres en el 23.5%, amigas el 18% y en radio o televisión el 15.4%<sup>5</sup>

Por lo anterior y teniendo en cuenta que en el ENFREC II no se incluyeron menores de 18 años (usualmente tamizadas) y que son pocos los profesionales que aplican el esquema 1-1-3 como lo indica la resolución 412/2000, se hace necesario evaluar la cobertura, la práctica exagerada o innecesaria de pruebas, así como los motivos por los cuales no siempre se reclama el resultado de la misma con el fin de aportar información útil que permita orientar con efectividad las estrategias de captación de mujeres de alto riesgo, planear las actividades del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino y para

la evaluación y vigilancia de las acciones del mismo que fue la principal finalidad de esta investigación.

Además, este estudio buscó identificar el comportamiento del uso de la prueba por parte de las menores de 25 años (por lo regular no incluidas en los estudios), calcular el porcentaje de mujeres que han sido tamizadas en forma innecesaria en los últimos tres años, evaluar el uso y aplicación del esquema 1-1-3 por parte de la población encuestada, los motivos asociados para usar la prueba y el nivel de conocimientos con respecto a la misma y al cáncer de cuello uterino.

## Materiales y métodos

**Diseño:** la investigación se realizó mediante un estudio descriptivo de tipo transversal en la localidad Kennedy de Bogotá D.C. durante mayo y junio de 2005. Se aplicó un instrumento de recolección previamente probado y aplicado en una prueba piloto a una muestra representativa de la población y bajo control de posibles sesgos del entrevistador.

**Criterios de inclusión:** se definió como población elegible las mujeres mayores de 15 años, que vivían en la localidad Kennedy y que ya hubiesen iniciado su vida sexual.

**Población y muestra:** el estudio se realizó en la localidad Kennedy, situada en la parte occidental de Bogotá D.C. Se estimó que para el año 2005 contaba con una población de 1.013.695 habitantes, de la cual 53% corresponde al género femenino.

De acuerdo con estimaciones del Departamento de Planeación Distrital la localidad concentra el 14% de la población total de Bogotá. El 97% es de estrato 1, 2 y 3, ocupando la sexta posición por índice global de calidad de vida en la ciudad. El 49,7% de los hogares están por debajo de la línea de pobreza (similar a lo presentado en toda la capital) y el 13,8% por debajo de la línea de indigencia (ENH DANE 2003).

El universo del estudio estuvo conformado por la población de mujeres mayores de 15 años residentes en la localidad mencionada. El tamaño de la muestra se calculó para estimar una cobertura de toma de CCU de alrededor del 50%, un máximo de error en la estimación del 5% y una confianza del 95% para un mínimo de 385 mujeres, el cual fue calculado a través del software *tamaño de la muestra 1.1*. El mayor error de muestreo de los diseños de conglomerados frente a la selección directa de las personas se compensó con el incremento del 10% en el tamaño de la muestra para un total de 424 encuestadas.

**Diseño de la muestra:** para la captación de las mujeres se realizó una muestra probabilística de conglomerados (barrios) los cuales agrupaban los hogares por visitar. Para el proceso de selección de los mismos se diseñó una muestra de 46 barrios, que equivale al 15% del total de la localidad Kennedy según Planeación Distrital, para un total de nueve a diez viviendas para visitar por conglomerado.

Para establecer los barrios se listaron y enumeraron la totalidad, seleccionando la muestra mediante una tabla de números aleatorios. En cada vivienda se realizó una encuesta, la muestra fue probabilística, porque cada hogar y las mujeres que habitaban en el mismo tenían una probabilidad de selección conocida y superior a cero, siempre que cumplieran con el criterio de inclusión.

Es de conglomerado porque son los barrios y hogares los que conglomeran las unidades finales de observación o sea las personas por razón de residencia. Este tipo se escogió con el fin de asegurar una muestra representativa de toda la localidad y un menor costo. El proceso y análisis de datos se realizó en Epi-Info 6.04d. Las pruebas de significancia estadística se realizaron con el programa *Epi-Info*.

**Consideraciones éticas:** teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1983 se determinó que la presente investigación no representaba riesgo alguno para las participantes debido a que no fue una investigación de intervención, al potencial beneficio para la comunidad con este tipo de evaluación y debido

a que estudios anteriores han demostrado ausencia de riesgo.<sup>6</sup> Se tuvieron en cuenta los principios fundamentales como son el respeto de la autonomía, confidencialidad, consentimiento verbal, derecho a no contestar, principio de beneficio, no maleficencia y justicia.

## Resultados

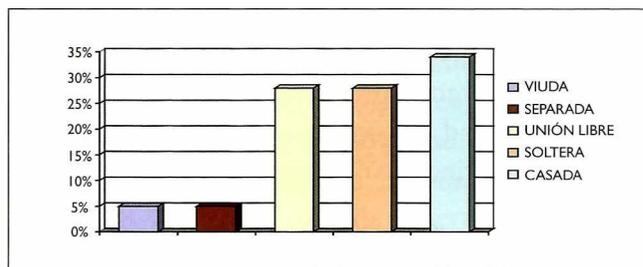
La edad de las mujeres que participaron en el estudio osciló entre 15 y 89 años, la mediana del grupo fue de 35, DE 14.9 años y moda de 35 años. El 77.8% estaban entre 25 y 69, edades consideradas como la población sujeto del programa en Colombia.

El 62% tienen pareja estable, se encuentran casadas o viven en unión libre (**Figura 1**). 53% de las mujeres viven en barrios de estrato socioeconómico 3, 46% en 2 y sólo 1% en estrato 1. El grado de escolaridad y el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud se analizan en las **Figuras 2 y 3**.

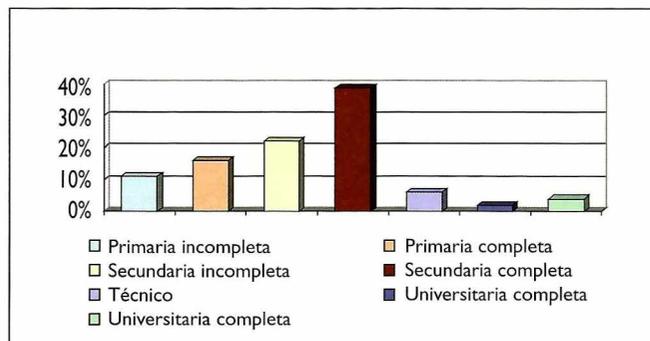
**Conocimientos sobre citología y cáncer de cuello uterino (n=427):** 49.6% de las mujeres de la localidad Kennedy de Bogotá perciben que el cáncer más frecuente en la mujer es el de seno, mientras el 45.9% cree que es el de cuello uterino; 1.9% no sabe y el restante 2.1% cree que son otros como piel y gástrico. El 86% han oído hablar del cáncer cervical.

El 74.5% considera que para prevenir este cáncer se debe tomar la citología, 15.6% cree que debe asistir al médico y sólo 0.2% identifica la importancia de tener una sola pareja o el uso de preservativo. 1.7% no sabe qué puede hacer y el 8% considera otras opciones como practicarse exámenes, aseo personal e higiene, no fumar o no tener relaciones sexuales.

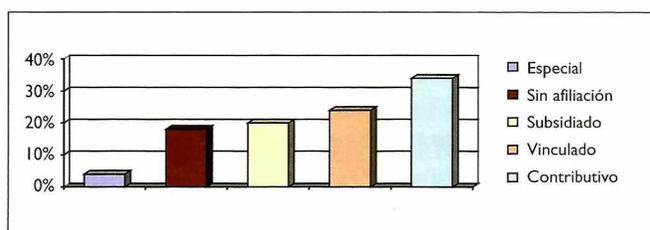
El 61% considera que la frecuencia de toma de citologías en una mujer saludable debe ser cada año, 35.4% cada seis meses, 1.2% menos de seis meses y 2.4% otras opciones. El 35% creen que la citología sirve para prevenir el cáncer de cuello uterino, 32%



**Figura 1.** Porcentaje de mujeres según estado civil. Kennedy, Bogotá D.C, 2005 ( n= 427 ).



**Figura 2.** Porcentaje de mujeres según escolaridad. Kennedy, Bogotá D.C, 2005 ( n= 427 ).



**Figura 3.** Porcentaje de mujeres de Kennedy, Bogotá D.C, según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, 2005 ( n= 427 ).

para evitar enfermedades, 20% la considera para no contraer infecciones, 10% para conocer el estado de salud, sólo el 0.5% manifestó no saber para que sirve la citología vaginal y el restante 2.8% respondió otras opciones. En cuanto al total de mujeres (n=427), 68% manifiesta haber recibido educación con respecto a la importancia de la citología; el restante 32% no tuvo información. De las primeras (n=292) el 55% fue dada por médico, 27% por enfermera, 5.8% por otro profesional de salud, 5.5% a través de un medio de comunicación, 0.3% por una amiga y el 6.5% restante por otra persona.

Las conductas que adoptarían ante un informe de citología anormal se analizan en la **Tabla 1**. Otras

actitudes que manifestaron fueron repetir la citología, sentir miedo o preocupación, no sabe qué haría o no haría nada. El 63% cree que el cáncer de cuello uterino es curable, 21% no sabe y 16% afirma que no tiene cura. Estas últimas recibieron educación primaria completa o incompleta.

El 64% de las mujeres de la localidad manifestaron que la recomendación de un médico las motivaría a realizarse la citología; 27% respondieron diferentes opciones como enfermera, amiga, vecina o medio de comunicación; sin embargo, el 84% considera que lo más importante y determinante en la toma de la decisión es la voluntad o iniciativa propia.

Historia de citologías en la vida: el 82.9% (IC 95%: 78.9% - 86.2%) de las mujeres de la localidad Kennedy se ha tomado por lo menos una citología en la vida (n=427). Se identificó que quienes no han oído hablar del cáncer de cuello uterino tienen dos veces más probabilidad de no tomarse una citología en la vida que las que han recibido información (RP: 3.17 IC 95%: 1.66 - 6.04), similar a lo encontrado por Lazcano y colaboradores en México, 1997. De la misma manera, quienes no han recibido educación tienen hasta tres veces menos probabilidad de tomarse por lo menos una citología en la vida. (RP: 3.80 IC 95%: 2.19 - 6.61).

Las mujeres que se han practicado por lo menos una citología en la vida (n=354), manifiestan haberlo hecho entre una y cincuenta veces, siendo tres pruebas en la vida el número más común en las mujeres encuestadas, con mediana de cinco citologías en la vida (DE: 8.5 pruebas).

Con respecto a la edad que tenía la mujer cuando se tomó la primera citología, los datos oscilan entre 15 y 65 años, mediana de 22 y moda de 20; el 60% iniciaron el tamizaje antes de los 25 edad de inicio establecida por la normatividad existente (resolución 412 del año 2002); por su parte el 21% tenía 30 años o más al momento de iniciar el tamizaje. Sin embargo, cuando se analiza la cobertura con una prueba en la vida por grupos de edad, se encuentra que en las mujeres entre 25 y 69 años (población sujeto según

**Tabla 1.** Conductas de las mujeres frente a un reporte de citología anormal. (n=427)

CONDUCTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Realizar el tratamiento necesario	174	40.7%
Ir al médico	136	31.9%
Consultar al especialista o ginecólogo	42	9.8%
Realizar exámenes complementarios	10	2.3%
Otras conductas	65	15.3%
TOTAL	427	100%

la norma técnica) alcanza un 94% mientras en las de 15 a 19 fue de 19.5% y de 20 a 24 del 57.4%.

Motivos para la toma de la citología: la principal causa que motivó practicarse la citología en las mujeres de la localidad Kennedy fue la solicitud por parte de un profesional de la salud (30%), el 23% como medio para prevenir el cáncer de cuello uterino, 14% por recomendación de una amiga, 13% por presencia de flujo, 3% por una campaña de salud, 2% para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y 15% por otras causas (higiene, autocuidado, presencia de miomas o dolor, control de planificación o post parto, embarazo, inicio de relaciones sexuales, deseo de tener hijos, hemorragia o recomendación de un familiar o promotor de salud). En cuanto a las mujeres que nunca se han tomado una citología en la vida (n=73) según el régimen de afiliación en salud, el 30% son vinculadas, 26% no se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social en salud, 23% pertenecen al régimen contributivo y 15% al régimen subsidiado.

Motivos para no realizarse la citología: con respecto a los motivos para no haberse practicado nunca la citología en este estudio, fueron iguales a los identificados en estudios de Colombia (ENFREC II y grupos focales de Bogotá en 2003) y Brasil siendo el hecho de considerar innecesaria la prueba, el temor a la misma y la vergüenza son los que agrupan el 88% de dichos motivos (**Tabla 2**).

Historia de citologías en los últimos tres años: a pesar de que el 61% (427) considera que la frecuencia ideal de tamizaje es cada año, llama la atención que de las que se han tomado citologías (n=354)

sólo 33% se ha realizado una prueba anual durante los últimos tres años. Lo que indica que aunque el 61% considera que la frecuencia de tamizaje debe ser anual, existen otros factores diferentes al conocimiento que afectan la decisión.

Las mujeres de la localidad Kennedy (354) se han tomado en promedio dos citologías en los últimos tres años, moda de tres pruebas (DS: +/- 1.5 citologías), con valores que oscilan de cero a doce citologías/trienio; 4.5% se ha practicado una prueba cada seis meses o menos durante los últimos tres años y sólo un 3% no se la ha tomado en los últimos tres años.

De las anteriores, 57% considera ese número de pruebas suficiente, 42% pocas y 1% muchas. Más del 70% que se han practicado una o menos pruebas consideran ese número escaso. Por su parte, el 88% que se han tomado seis o más pruebas (n=16) considera que dicho número es suficiente y sólo una consideró que diez pruebas en los últimos tres años eran muchas (con reportes negativos) y otra creyó que eran pocas (con dos reportes previos negativos); de éste grupo sólo una tenía antecedente de anormalidades que justificara la realización de este número. El 50% de quienes se han practicado seis o más pertenecen al régimen contributivo. Con relación al resultado de la última citología, 90% manifiestan que fue “normal”, 4% reportaron “inflamación”, 2% “infección”, “vaginosis bacteriana” o simplemente “flujo”. Sólo cinco pacientes (1.4%) informaron reportes “anormales” “NIC III”, “VPH” o “tumor de endometrio”. Dos informaron el resultado en términos de su calidad (satisfactoria o insatisfactoria), 1% no lo ha recla-

**Tabla 2.** Motivos por los cuales las mujeres de la localidad Kennedy no se toman la citología, 2005

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Es innecesaria	23	31.1%
Temor	20	27%
Vergüenza	14	18.9%
Por temor y porque es innecesaria	8	10.8%
Falta de tiempo	5	6.8%
No se ha sentido enferma	2	2.7%
Otros (la toma un hombre, no sabe para qué es)	2	2.7%
TOTAL	74	100%

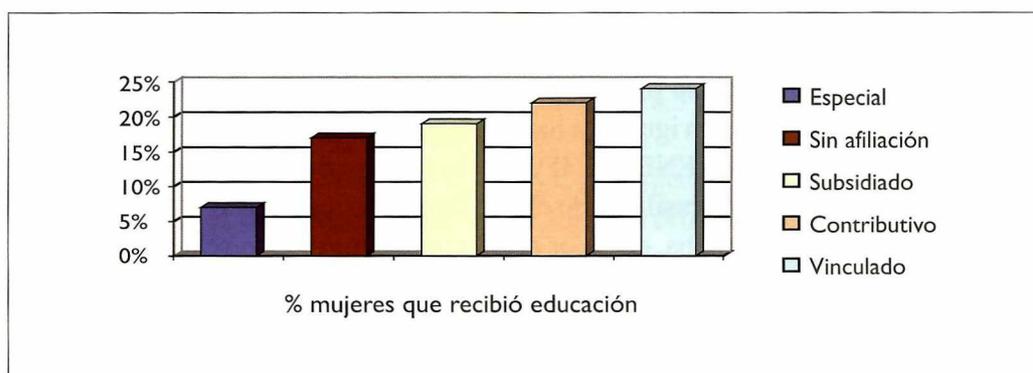
mado y 1.1% anotaron: “quistes en los ovarios”, “miomas” o “sospecha de sífilis”.

Conductas relacionadas con tratamiento y educación al momento de la entrega del reporte: de las 354 mujeres que se tomaron citología, el 18.7% asegura haber recibido orden de tratamiento al momento de reclamar el último resultado. El 90% informó que su última citología reportó “normal”, lo cual hace pensar que muchas ignoraron los hallazgos de la citología, como microorganismos e inflamación y el 0.6% no recuerda si le dieron alguna fórmula.

Del total (n=65) tratadas, 89% se aplicaron óvulos, cremas vaginales o antibióticos, 7.7% (cinco mujeres) les ordenaron “biopsias”, “cauterizaciones”, “histerectomía” o “quimioterapia”. Una no recuerda la terapia

y a otra le ordenaron estrógenos. El 98.5% manifiesta haber cumplido con el tratamiento indicado.

Sólo 20.6% de que se han tomado citología recibieron educación al momento de reclamar el resultado, 78.6% no se le dió y 0.90% no recuerda. Teniendo en cuenta la importancia de la educación en la adecuada interpretación del informe para el cumplimiento del tratamiento, la continuidad y el manejo adecuado del esquema de tomas, preocupa la notable ausencia de actividades de tipo informativo dirigidas a las usuarias al momento de la entrega de los reportes. Con relación a las personas que suministraron educación a las usuarias al momento de la entrega del informe de citología, el médico la brindó al 59% de las usuarias, seguido por la enfermera (39%) y otro personal de salud (2%), de acuerdo con el tipo de afiliación al régimen de salud en Colombia (**Figura 4**).



**Figura 4.** Porcentaje de mujeres que recibió educación al momento de la entrega del resultado de citología según tipo de aseguramiento en salud. Kennedy, Bogotá D.C, 2005 ( n= 71 ).

## Discusión

En este estudio se encontró una variación de 3.5% en la cobertura de citologías en mujeres con edades entre 18 a 69 años con respecto al ENFREC II realizado en 1998 la cual fue de 80%. Sin embargo, cuando se evaluó para el grupo de 25 a 69 años (población sujeto), se encontró una cobertura del 94% (IC 95%: 91% - 96.4%).

Las coberturas de citología de esta investigación difieren de otras realizadas en el año 2003 en países como España en mujeres entre 40 y 70 años (cobertura de 49.6%)<sup>7</sup> y Brasil entre 15 y 49 (Río de Janeiro 86%)<sup>8</sup>. Cabe resaltar que en España se evaluó como cobertura la realización de una citología en los últimos cinco años.

Si bien la cobertura del 94% es ideal y de éstas mujeres el 97% se ha realizado por lo menos una prueba en los últimos tres años, es de esperar que el perfil de morbilidad y mortalidad se vea impactado, lo cual no se evidenció en el decenio 1991-2000 según el INC con datos DANE. Por ello, es importante evaluar y analizar otros factores que puedan favorecer dicha situación, tales como los pobres controles de calidad en la toma, el procesamiento y lectura de muestras, el limitado acceso a los reportes, los servicios de diagnóstico definitivo o de tratamiento y el bajo seguimiento a usuarias con reportes anormales.

A diferencia de los estudios de Brasil, España y Colombia (ENFREC II) no se evidenció relación significativa entre la no toma de citologías en la vida y la escolaridad o el estrato socioeconómico. Sin embargo, estas variables se encuentran relacionadas con la toma de citologías durante los últimos tres años; es así como en este grupo el 80% pertenecen al estrato dos; 40% tiene nivel educativo de primaria completa o menos; 40% pertenecen el régimen subsidiado y 30% al vinculado.

Adicionalmente, se observó una reducción en el porcentaje de mujeres no tamizadas por no tener afiliación a la seguridad social frente a los resultados del ENFREC II; dicha proporción pasó de 48.7% a 26%

lo cual denota un aumento en la cobertura pero una limitada captación de las usuarias sobre todo en los regímenes vinculado y subsidiado.

A lo anterior se suma la sobreutilización de la prueba, lo cual limita el acceso a aquellas con mayor riesgo y que son tamizadas en forma menos frecuente. Es así como el 33% de quienes se han practicado citologías en los últimos tres años se toman una citología anual, 10% cada seis meses, sólo 4% una cada tres años (frecuencia recomendada) y 1% cada seis meses por control de anormalidad. En el último año el 10% se tomó una citología cada seis meses, con los dos últimos reportes negativos. El 92% considera dicho número suficiente. Frente a lo anterior resalta que el 61% considera que la frecuencia ideal de tamizaje es cada año y 35% cada seis meses. Esto limita la captación y el acceso al programa a mujeres de alto riesgo no tamizadas que influyen en forma negativa sobre el cálculo apropiado de las coberturas por el simple conteo del número de citologías tomadas.

Con respecto a los reportes, llama la atención que de las 354 mujeres que se han tomado una citología en los últimos dos años, sólo el 1.4% revela anormalidades, lo cual señala la necesidad de incrementar los controles de calidad en la toma y lectura de muestras. Sin embargo, este dato puede estar subestimado debido a que el 40% de los informes no se pudieron corroborar. Además el 90% de las mujeres manifestó haber recibido un reporte citológico "normal", pero el 18% recibió tratamiento médico. Esto indica que un porcentaje de ellas no reconoce como anormal los cambios por infecciones o inflamación o bien que no conoce con exactitud el resultado de su citología, en especial si recordamos que el 78.6% de las encuestadas no recibió indicaciones en el momento de la entrega del resultado.

## Recomendaciones

- Incentivar la investigación desde los entes territoriales y la academia en torno a los factores que puedan afectar el cumplimiento en las metas de reducción de la mortali-

dad por cáncer cervicouterino, tales como calidad del programa en todos sus componentes (el porcentaje de positividad de las pruebas realizadas en las mujeres de la localidad en los últimos dos años es apenas del 1.4% cuando el estándar internacional indica que debe ser mayor a 3%), acceso a servicios de diagnóstico definitivo, tratamiento y posterior seguimiento.

- Las instituciones prestadoras de servicio (IPS), administradoras de regímenes (ARS y EPS) y entes territoriales deberán reforzar las actividades de tipo informativo y educativo tendientes a sensibilizar frente a esta patología, las posibilidades de tratamiento y curación, factores de riesgo y herramientas de prevención tales como la toma de citología y en especial el desarrollo de una sexualidad sana y responsable. Sólo el 0.2% de las mujeres de la localidad Kennedy identificó la importancia de tener pareja sexual estable como herramienta para prevenir el cáncer de cérvix, 1.7% no sabe qué hacer y 8% considera opciones como tener una adecuada higiene o aseo corporal, no fumar o no tener relaciones sexuales; el 74.5% identificó la citología como herramienta de prevención de este cáncer.
- Adicionalmente, durante las actividades de información y educación se deberá enfatizar en el cumplimiento del esquema 1-1-3, con el fin de disminuir el porcentaje (10%) que se toman la citología cada seis meses (sin reportes previos anormales). Es recomendable que la información sea dada por un profesional de salud capacitado.
- Realizar por parte del ente territorial, las IPS y administradoras mayor control en el cumplimiento de la normatividad existente y en especial del esquema de tamizaje 1-1-3, generan estrategias para lograrlo y de esta manera optimizar los escasos recursos del programa.

- Las IPS, deben hacer lo posible para que se realice la entrega del reporte citológico. El 75% de las mujeres que no reclamaron el resultado se debió a falta de tiempo.
- Los entes territoriales a través de los laboratorios de salud pública (decreto 1544/98, artículo 15) deberán aumentar la asesoría, vigilancia y control de calidad a la red de laboratorios de citohistopatología; aunque en este aspecto se ha avanzado bastante en Bogotá con la red pública de prestación de servicios al centralizar la lectura de citologías, se deberá intensificar en la red privada.

## Referencias

1. Program for Appropriate Technology in Health. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ª. edición. Washington: OPS, 2002.
2. Pardo C, Murillo R, Piñeros M, et al. Casos nuevos de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, 2002 (Revista Colombiana de Cancerología 2003; 7(3): 4-19).
3. Program for Appropriate Technology in Health. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ª. edición. Washington: OPS, 2002.
4. Program for Appropriate Technology in Health. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ª. edición. Washington: OPS, 2002.
5. Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Najera P, Alonso de Ruiz PA, Hernandez-Avila M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *J Womens Health*. 1999 Apr;8(3):399-408.
6. Fahs MC, Plichta SB, Mandelblatt JS. Cost-effective policies for cervical cancer screening. An international review. *Pharmacoeconomics*. 1996 Mar;9(3):211-30.
7. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultoría. Conocimientos, actitudes y prácticas de detección temprana de cáncer cérvico uterino y de mama. Informe del II estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC II. En: Serie Documentos Técnicos (21). Colombia: Ministerio de Salud, 1999.
8. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993.