

¿ES ÓPTIMA LA COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ?

KATHERINE PÉREZ-ACUÑA MEDINA, HRISTO ROMÁN-VARGAS, CRISTIAN DÍAZ-VÉLEZ

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES, SOCIEDAD CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA VERITAS (SCIEMVE), OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA, HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, ESSALUD, CHICLAYO, PERÚ

El cáncer de cérvix es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con una incidencia de 7,9 %; sin embargo, es el segundo más frecuente en mujeres Suramericanas, con una incidencia de 11 %. Además, la mortalidad en Suramérica es ampliamente mayor que en los países desarrollados (9,8 % frente a 2,8 %) ⁽¹⁾. En Perú, según el análisis de la situación de cáncer, el cáncer de cérvix es el más frecuente, con una mortalidad de 5,6 % ⁽²⁾.

Siendo un cáncer potencialmente prevenible y detectable precozmente, la incidencia y mortalidad en países menos desarrollados y en vías de desarrollo es elevada. Es notable que el problema es la prevención y detección temprana. La prevención del cáncer de cérvix es principalmente la administración de la vacuna contra el VPH y la disminución de factores de riesgo, siendo los efectos de estas intervenciones a largo plazo. Sin embargo, la detección temprana, cuya prueba estándar es el Papanicolaou a partir de los 21 años ⁽³⁾, es la principal medida para reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix. Esto debido a que, mientras más temprana es la detección, mayor es la posibilidad de curación,

lo que reduce el riesgo de discapacidad y muerte.

En el estudio realizado por Díaz-Vélez C y col., se evaluaron los años de vida perdidos en pacientes con cáncer de cérvix, y se encontró que el 85 % está conformado por los años de vida perdidos por discapacidad (AVD) y el 15 % por años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) ⁽⁴⁾. Con estos resultados podemos deducir que el tamizaje está generando un efecto positivo sobre la mortalidad por cáncer, reduciéndola; por el contrario, no está generando efecto sobre la disminución de la discapacidad.

A partir del Registro Hospitalario de Cáncer del Seguro Social del Perú, evaluamos el porcentaje de casos de cáncer de cérvix detectados por tamizaje desde el año 2007 al 2016, y encontramos un aumento de 16,39 % desde el año 2007 al 2009, el cual no sufrió grandes variaciones hasta el año 2011; y el porcentaje del año 2012 con respecto al 2011 disminuyó en 19,22 %. A partir de ahí, ha tenido un aumento progresivo hasta el 2016, año en el que la cantidad de casos de cáncer de cérvix registrado por el Seguro Social fue menor comparado a los otros años. Sin embargo, hasta

Recibido: 27/01/2020 Revisado: 22/03/2020

Aceptado para publicación: 14/04/2020

Correspondencia: Dr. Cristian Díaz Vélez. Residencial Villa Bouganville A4 Reque, Chiclayo Perú. E-mail: cristiandiazv@hotmail.com

Esta obra está bajo una Licencia *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International* Licens

el momento no se ha tenido una cobertura óptima de la población en riesgo, la cual debería ser más del 70 % ⁽⁵⁾.

Según un estudio de revisión publicado por Aranguren LV y col., una de las barreras para la detección temprana de cáncer de cérvix es la no asistencia a la citología cérvico-vaginal o Papanicolaou y las características socio-culturales de las mujeres. Además, en países en desarrollo no se identifica a la población en riesgo, como consecuencia de ello los programas de tamizaje no benefician a dicha

población. Es importante aclarar que los datos presentados corresponden a una población de clase medio-alta, pues son trabajadores del estado e instituciones privadas del Perú; la población en pobreza y pobreza extrema atendida por el Seguro Integral de Salud tiene aún más barreras para la detección temprana, una de ellas es la falta de accesibilidad a los servicios de salud, problema común en muchos países en vías de desarrollo y que no es abordado adecuadamente por muchas políticas de salud ⁽⁶⁾.

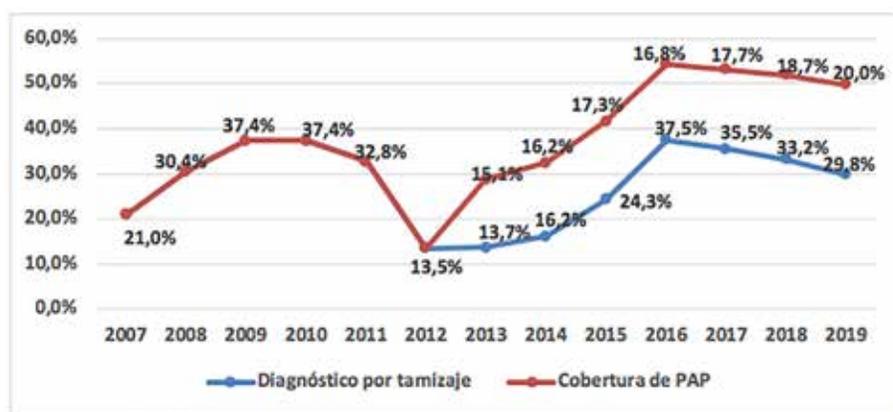


Figura 1. Diagnóstico de cáncer de cérvix por tamizaje 2007-2019 y cobertura de tamizaje por Papanicolaou 2012-2019. Fuente: Registro Hospitalario de Cáncer de ESSALUD.

REFERENCIAS

1. Globocan 2018 - Home [Internet]. [citado el 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: URL: <http://gco.iarc.fr/databases.php>
2. Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Lima-Perú 2013. Disponible en: URL: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
3. Saslow D, Solomon D, Lawson H, Killackey M, Kulasingam S, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012;62:147-172.
4. Díaz-Vélez C, Neciosup-Puican E, Soto-Cáceres V. Carga de enfermedad de los cánceres prioritarios en la red asistencial de Lambayeque, Perú 2013. *Rev Venez Oncol.* 2016;28(4):204-215.
5. Galán-Rodas E, Díaz-Vélez C, Rodas J. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. *Rev Cuerpo Méd. HNAAA.* 2013;6(2):52-54.
6. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachepe AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino: revisión. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2017;19(2):129-143.