



MISIONES Salud

Ministerio de Salud Pública
Gobierno de la Provincia de Misiones

**PROGRAMA PROVINCIAL DE
DETECCIÓN PRECOZ DE
CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

(Dto: 1180/09)

**SUBSECRETARIA DE SALUD. M.S.P.
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS MATERNO INFANTILES Y NUTRICIÓN**

Dr. Germàn BezuS

Dr. Jorge Pianessi

Raúl Claramunt

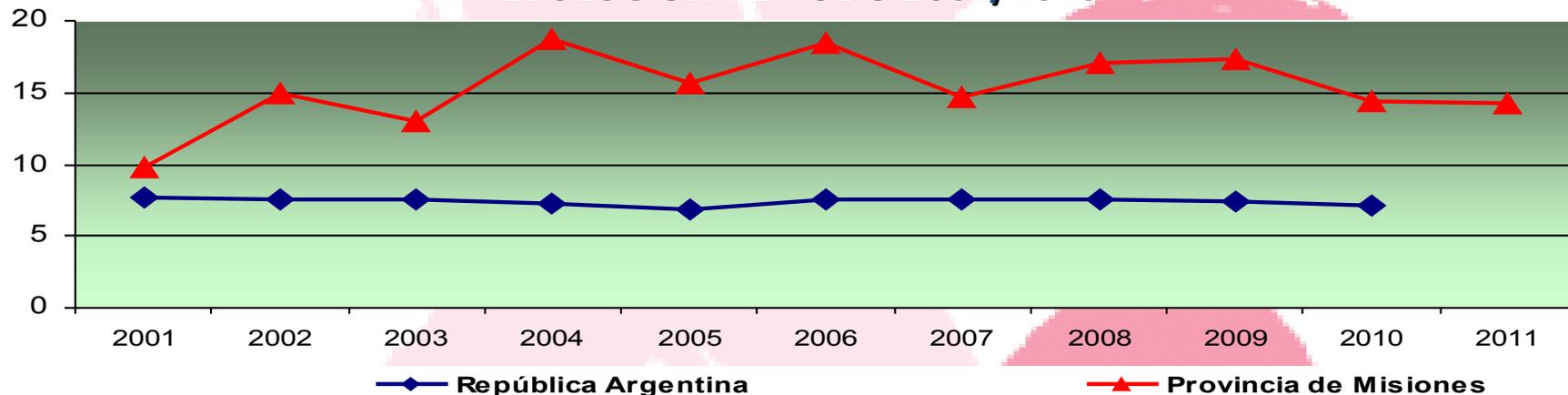
Posadas, DICIEMBRE 2012

MISIONES
Salud

Ministerio de Salud Pública

MISIONES
crecer más, crecer en paz

TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTANDARIZADAS POR EDAD, POR 100.000 MUJERES. COMPARATIVO PROVINCIA DE MISIONES / REPÚBLICA ARGENTINA EVOLUCIÓN PERIODO 2001/2010

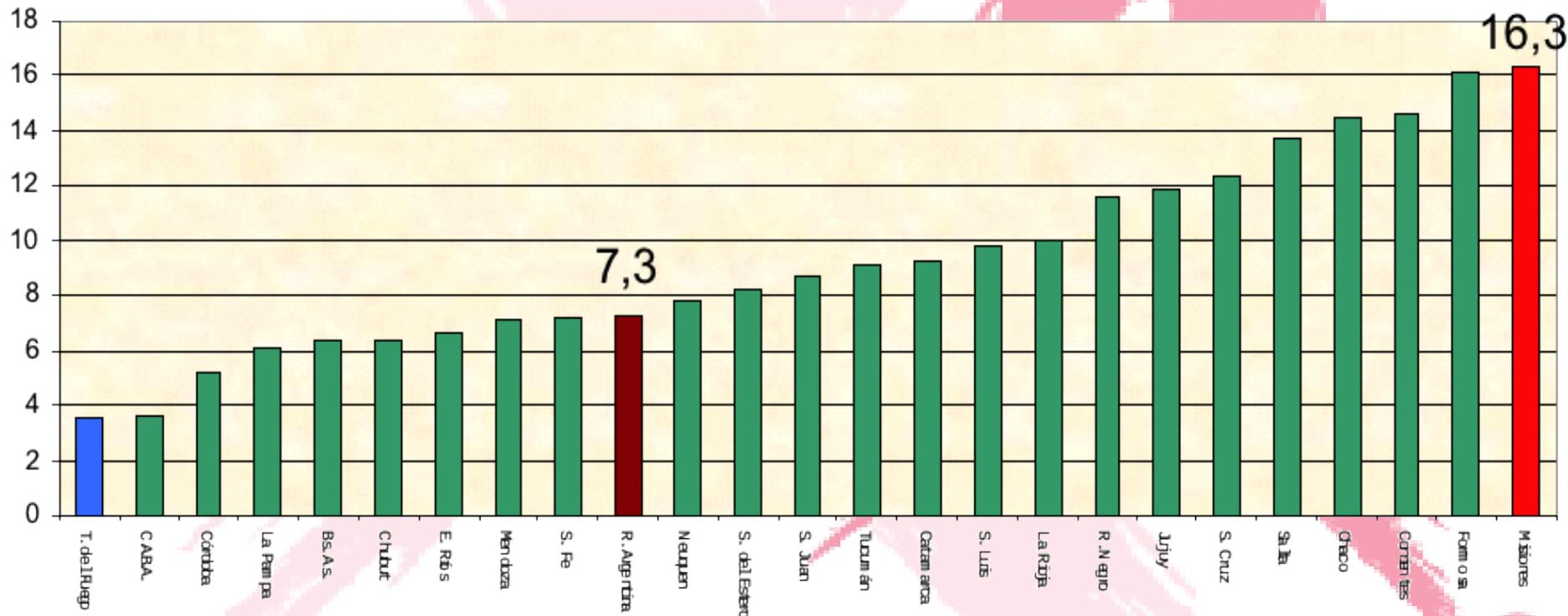


❑ Tasa AÑO 2011 (datos preliminares; no publicados): **14,3 x 100.000**

❑ En tanto a nivel nacional la causa tumoral identificada de muerte mas frecuente es claramente el tumor de mama, en Misiones las muertes por tumores de útero no son superados por las muertes debidas a tumores de mama

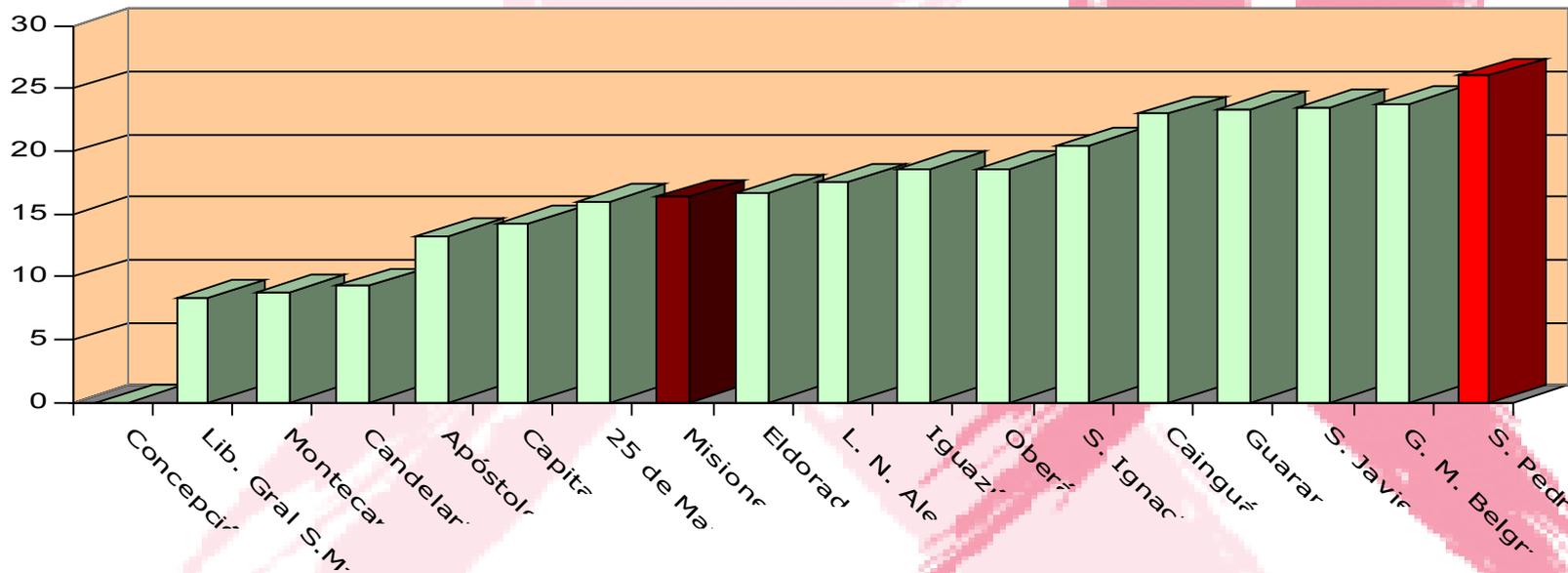
TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTANDARIZADAS POR EDAD, POR 100.000 MUJERES, POR JURISDICCIÓN PROVINCIAL REPÚBLICA ARGENTINA.

TRIENIO 2008 - 2010

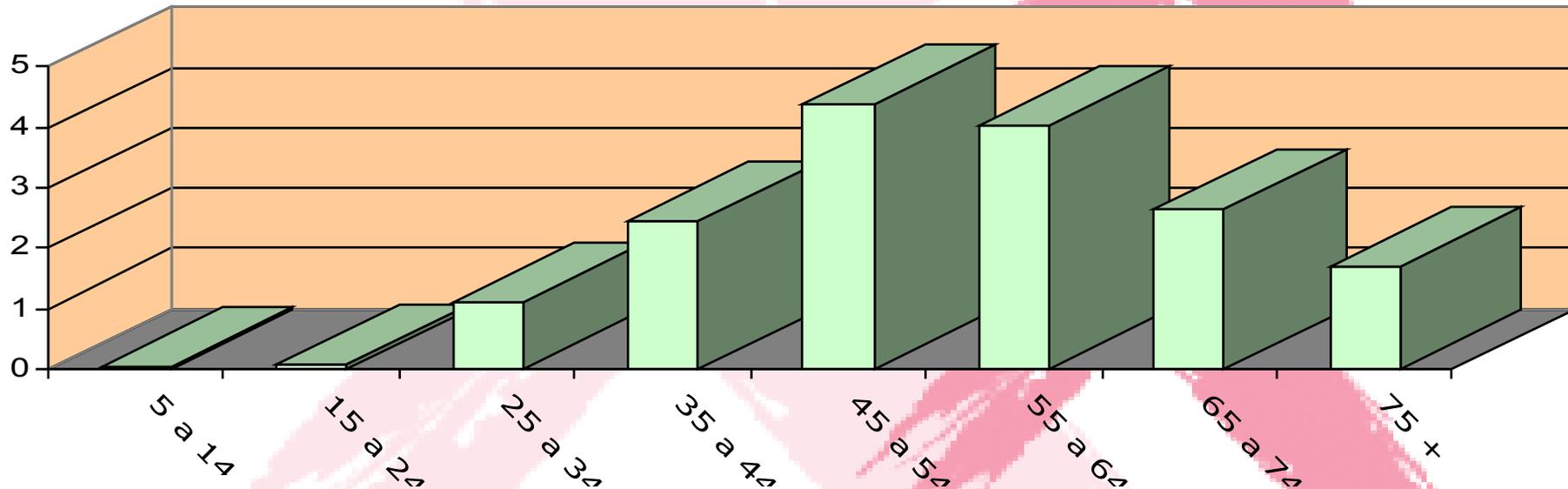


TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTANDARIZADAS POR EDAD, POR 100.000 MUJERES, POR DEPARTAMENTO PROVINCIA DE MISIONES.

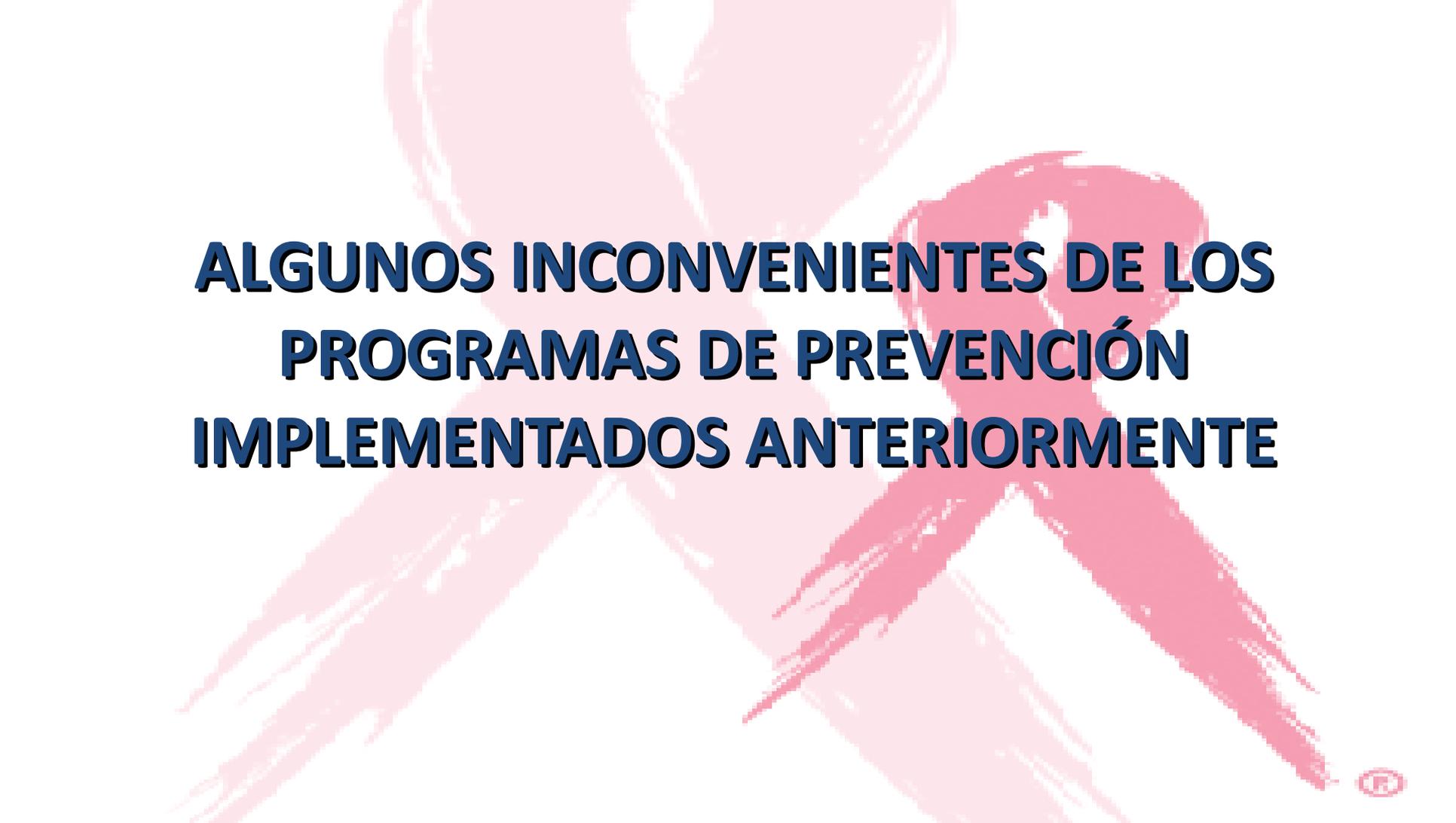
QUINQUENIO 2006/2010



**TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO
ESTANDARIZADAS POR EDAD, POR 100.000 MUJERES,
SEGÚN GRUPOS DECENALES DE EDAD PROVINCIA DE MISIONES.
QUINQUENIO 2006- 2010**

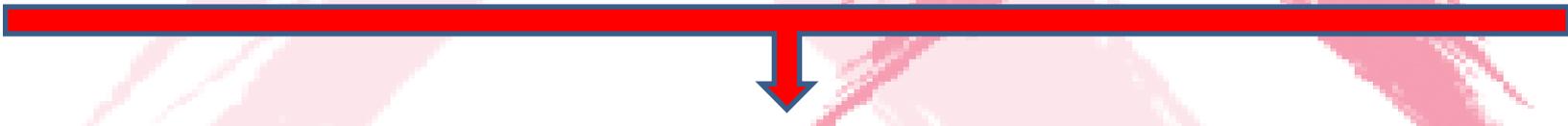


La mortalidad por tumores de útero (que comienza a aparecer con niveles bajos a partir del decenio de 25 a 34 años) **se incrementa sustancialmente a partir de los 35 años** (tanto en el número absoluto de casos como en las tasas específicas relacionadas a los grupos decenales de edad correspondientes).

A large, faint pink ribbon is centered in the background, symbolizing HIV/AIDS awareness. The text is overlaid on this ribbon.

**ALGUNOS INCONVENIENTES DE LOS
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN
IMPLEMENTADOS ANTERIORMENTE**

- ❑ **ESCASO COMPROMISO DE LAS AUTORIDADES PROVINCIALES Y DE LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS PROVINCIALES (SUPERIORES, INTERMEDIAS y ASISTENCIALES)**
- ❑ **ESCASA INSERCIÓN INSTITUCIONAL DE LOS PROGRAMAS**
- ❑ **ESCASA INTEGRACIÓN A LOS PROGRAMAS DE COMPONENTES CLAVES DE LA CADENA DIAGNÒSTICA TERAPÈUTICA**
- ❑ **DESAPROVECHAMIENTO DE LA POTENCIALIDAD DE REDES ASISTENCIALES PRE-EXISTENTES**



FUNCIONAMIENTO DISPAR, DISCONTINUO

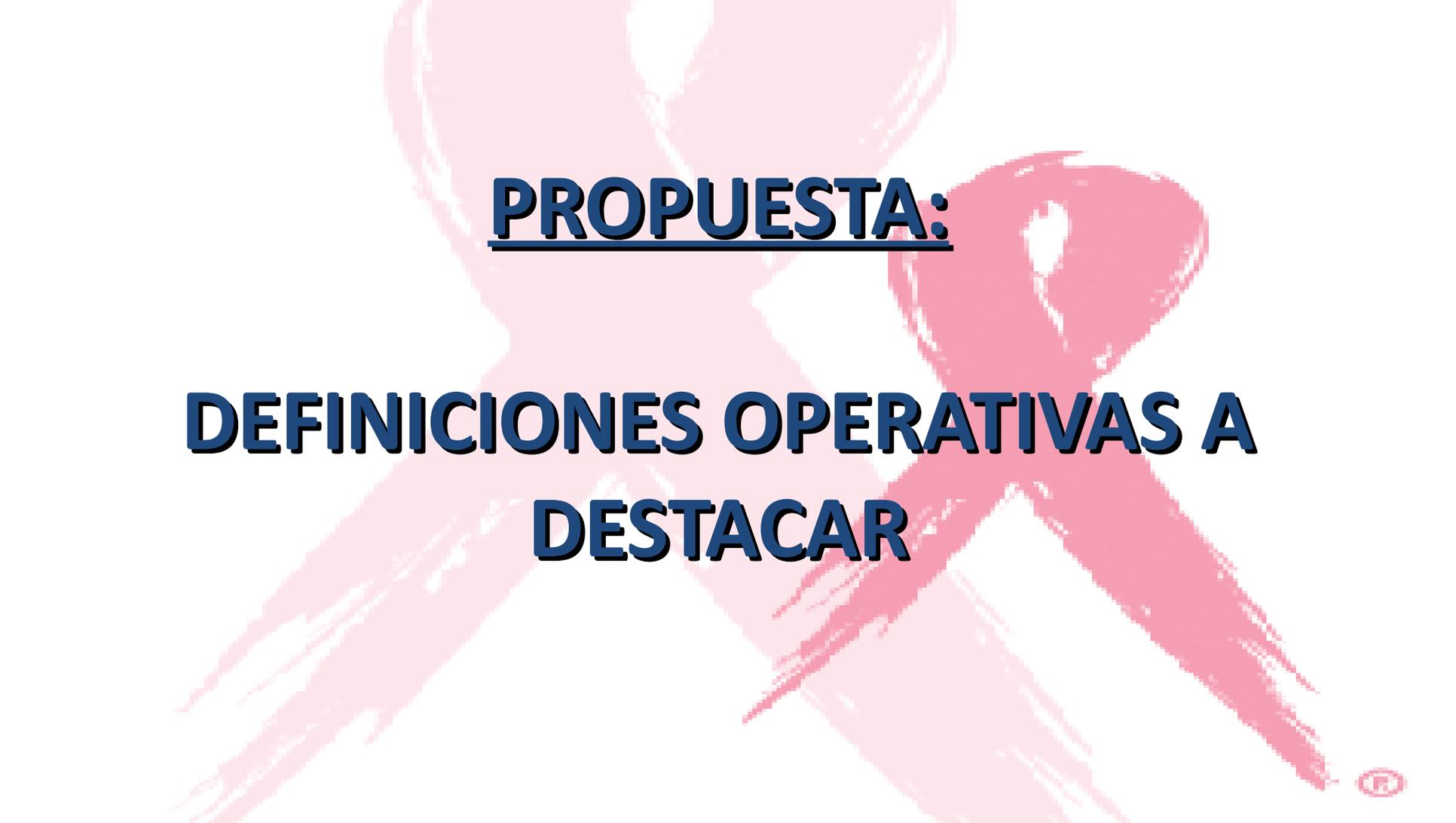
❑ PRIORIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE ALTA CALIDAD (diadas o triadas simultáneas, en búsqueda de altos estándares que requieren alta capacidad técnica) POR SOBRE EL LOGRO DE NIVELES ALTOS DE COBERTURA POBLACIONAL CON PRUEBAS DE TAMIZAJE

❑ ESCASO SUSTENTO EPIDEMIOLOGICO A LA HORA DE FOCALIZAR LA POBLACIÓN OBJETIVO

❑ PROYECTOS ENCARADOS COMO PRUEBAS PILOTO O PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

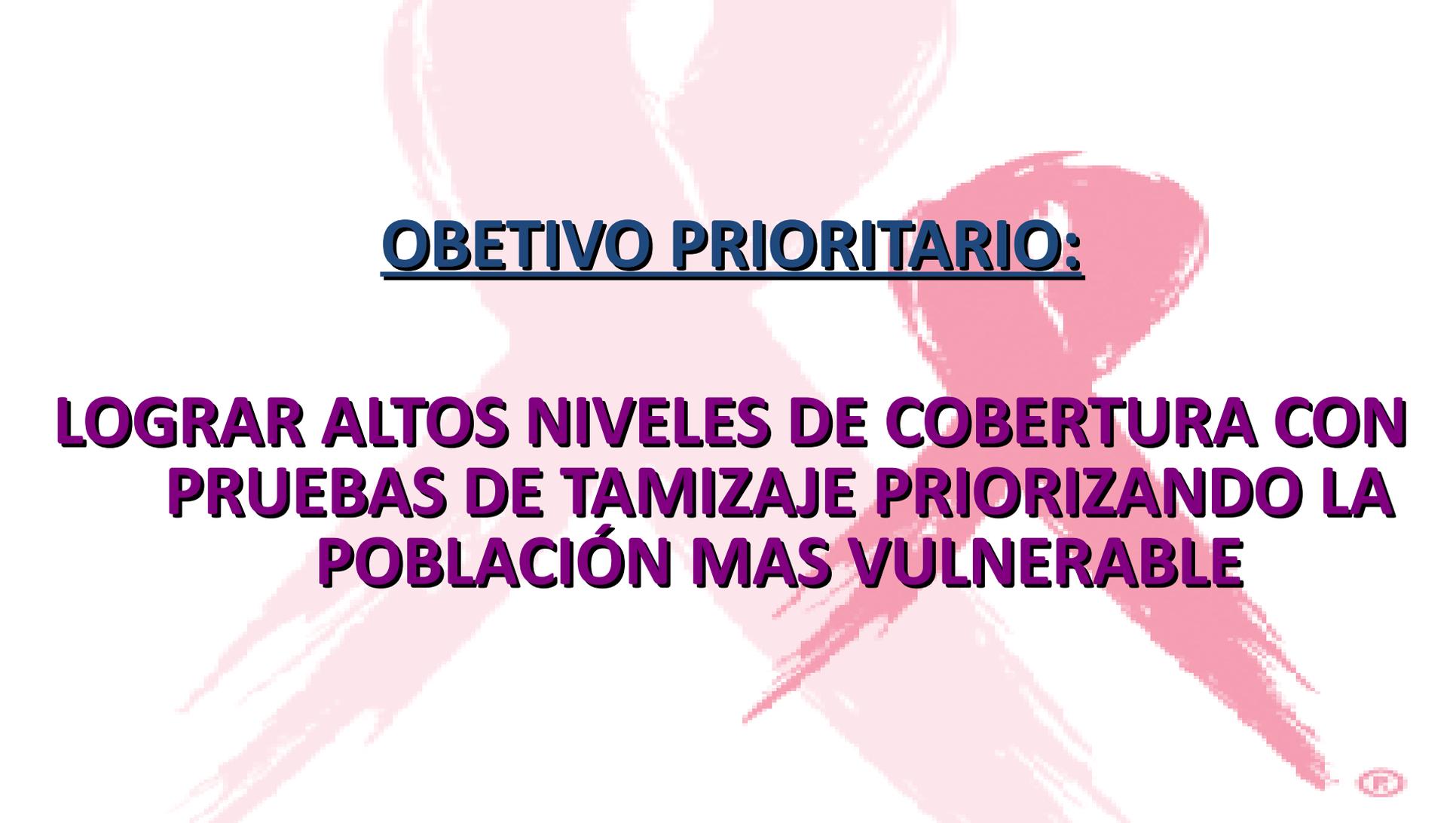
❑ INTENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE FRECUENCIAS DE TAMIZAJE NO RELACIONADOS A LO QUE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA/EPIDEMIOLÓGICA INDICA O A LAS VERDADERAS POSIBILIDADES OPERATIVAS Y PRESUPUESTARIAS LOCALES

**GRANDES ESFUERZOS DESTINADOS A POBLACIÓN DE MENOR VULNERABILIDAD (acciones concentradas en mujeres jóvenes Incluso con riesgo de sobretamizaje)
BAJO IMPACTO DE COBERTURA EN POBLACIÓN MAS VULNERABLE**



PROPUESTA:

**DEFINICIONES OPERATIVAS A
DESTACAR**

A large, faint pink ribbon is centered in the background of the slide. The ribbon is slightly translucent, allowing the white background to show through. It is oriented vertically, with the top loop at the top and the bottom tail extending downwards.

OBETIVO PRIORITARIO:

**LOGRAR ALTOS NIVELES DE COBERTURA CON
PRUEBAS DE TAMIZAJE PRIORIZANDO LA
POBLACIÓN MAS VULNERABLE**

POBLACIÓN OBJETIVO:

En función de

- la epidemiología de las muertes por Cáncer de cuello Uterino y
- del tiempo de evolución habitual entre la aparición de lesiones tempranas y las invasivas,

Se define como población objetivo del Programa Provincial a:

MUJERES SIN OBRA SOCIAL

1º fase= 35 - 64 años

2º fase= inclusión de 30 - 34 años

3º fase= inclusión 25 - 30 años y + de 65

Tamizajes a edades mas tempranas podrían generar inconvenientes diversos como riesgos de sobretreatmento con afectación psíquica y social de las mujeres y su familia, limitación de recursos disponibles, dilución de los esfuerzos y mayor dificultad lograr coberturas elevadas en la población más vulnerable



MÉTODO DE TAMIZAJE ELEGIDO POR EL PROGRAMA:

PAP

Especificidad aceptable (+/- 95%);

Sensibilidad aceptable con 2 PAP satisfactorios negativos

Ampliamente aceptado, de eficacia comprobada.

Da testimonio permanente del estudio realizado

Disponible

Al momento de elaborar el proyecto **las pruebas de detección de HPV** eran de alto costo y **no había disponibilidad provincial suficiente para el logro de altos niveles de cobertura** (además de su baja especificidad para lesiones preneoplásicas y neoplásicas en mujeres jóvenes)

La colposcopia es “ejecutor dependiente” (requiere entrenamiento, experiencia, mucho tiempo de capacitación), implementada sin metodologías de grabación de imágenes se pierde testimonio de la prueba, **limitada disponibilidad de recurso humano calificado que permita lograr altos niveles de cobertura**.

FRECUENCIA DE REPETICIÓN DEL TAMIZAJE
DECIDIDO POR EL PROGRAMA:

1º fase = c/ 5 años

2º fase (lograda la cobertura) = c/3 años

RITMO: 1-1-3

No hay evidencia de que el tamizaje anual en cualquier grupo de edad resulte en una mayor eficacia o sea mas ventajoso que la la repetición cada 3 años

IARC – OMS. Reunión de expertos sobre Evaluación de Estrategias de prevención del cáncer de cuello de útero. IARCPress Lyon 2005

Reducción de la incidencia acumulativa del cáncer cervicouterino invasor en la gama de edades de 35-64 años, con distintas frecuencias en la detección. OMS, 1986

Frecuencia de la Detección	Reducción porcentual de la incidencia acumulativa	Número de Pruebas Necesarias
1 año	93%	30
2 años	93%	15
3 años	91%	10
5 años	84%	6
10 años	64%	3

DEFINICIÓN DE METAS DEL PROGRAMA

COBERTURA TAMIZAJE (PAP) 1º ETAPA :

60- 70% de mujeres 35 a 64 años

Sin cobertura por O. social, Mutual o Empresas Privadas

(30.984 – 36.149)

(sobre un total de 51.641 mujeres sin obra social según censo 2010)

- **TRATAMIENTO Y/O SEGUIMIENTO ADECUADO DE CASOS ASC; SIL ALTO GRADO Y C.A. (1º ETAPA)**

MODALIDAD ELEGIDA PARA EL PROCESAMIENTO DE LA PRUEBA DE TAMIZAJE A UTILIZAR:

CENTRALIZACIÓN DE LA LECTURA DEL PAP

(calidad incrementada en centros con más de 10.000 lecturas/año
Mayor facilidad para unificar criterios de lectura e informe)

MODALIDAD DE INFORMES A UTILIZAR:

UNIFICACIÓN DE INFORMES EN BASE A CLASIFICACIÓN BETHESDA

**MODALIDAD ELEGIDA PARA LA ASISTENCIA
DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA de los CASOS**

DETECTADOS POR TAMIZAJE :

**REFERENCIA DE LOS CASOS HACIA NODOS
ASISTENCIALES QUE PRESENTEN
NIVELES ADECUADOS Y EFECTIVOS DE
CAPACIDAD TÉCNICA Y OPERATIVA.**

CONTINUIDAD DIAGNÓSTICA y TERAPÉUTICA,
METODOLOGÍA UTILIZADA P/RECAPTACIÓN
Y SEGUIMIENTO ACTIVO DE TAMIZAJES

POSITIVOS :

**COORDINACIÓN DE ACCIONES CON RED DE
APS Y PROMOTORES DE SALUD** (coordinación
efectiva entre los niveles asistenciales p/ asegurar la realización
de estudios complementarios y tratamiento)

INCLUSIÓN DE “NAVEGADORAS”

“INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN”

**IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE
INFORMACIÓN ESTRATÉGICA
QUE PERMITA MONITOREO Y EVALUACIÓN
PERMANENTE DEL PROGRAMA.**

The background features a stylized illustration of two hands, one in a light pink color and one in a darker pink color, cupping a heart shape. The hands are positioned as if they are gently holding the heart. The overall aesthetic is soft and caring.

ALGUNOS RESULTADOS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

6 ZONAS SANITARIAS

- Zona Capital
- Zona Sur
- Zona Centro Uruguay
- Zona Centro Paraná
- Zona Norte Paraná
- Zona Noroeste



CENTRALIZACIÓN DE LA LECTURA DEL PAP



Se tornó necesario:

**Mejorar la capacidad operativa del centro
de lectura de PAPs**

**(infraestructura, RRHH, Equipamiento,
implementar estrategias de
capacitaciones cruzadas)**

**Realización de controles de calidad de lectura de PAP
(externos, internos, cruzados): PENDIENTES**

**SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
DEPENDIENTES DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS ESTATALES
QUE REGISTRAN DATOS EN EL SISTEMA INFORMÁTICO NACIONAL "SITAM".
PROVINCIA DE MISIONES.
EVOLUCIÓN AÑOS 2008-2012.**

AÑO	Nº de Servicios
2008	0 de 5
2009	1 de 5
2010	3 de 5
2011	3 de 5
2012	4 de 5

ZONAS SANITARIAS

-  Zona Capital
-  Zona Sur
-  Zona Centro Uruguay
-  Zona Centro Paraná
-  Zona Norte Paraná
-  Zona Noroeste



**RED DE REFERENCIA
PARA LA ASISTENCIA
DIAGNÓSTICO-
TERAPÉUTICA DE LOS
CASOS DETECTADOS
POR TAMIZAJE
(sitios con niveles
adecuados y efectivos de
capacidad técnica y
operativa)**

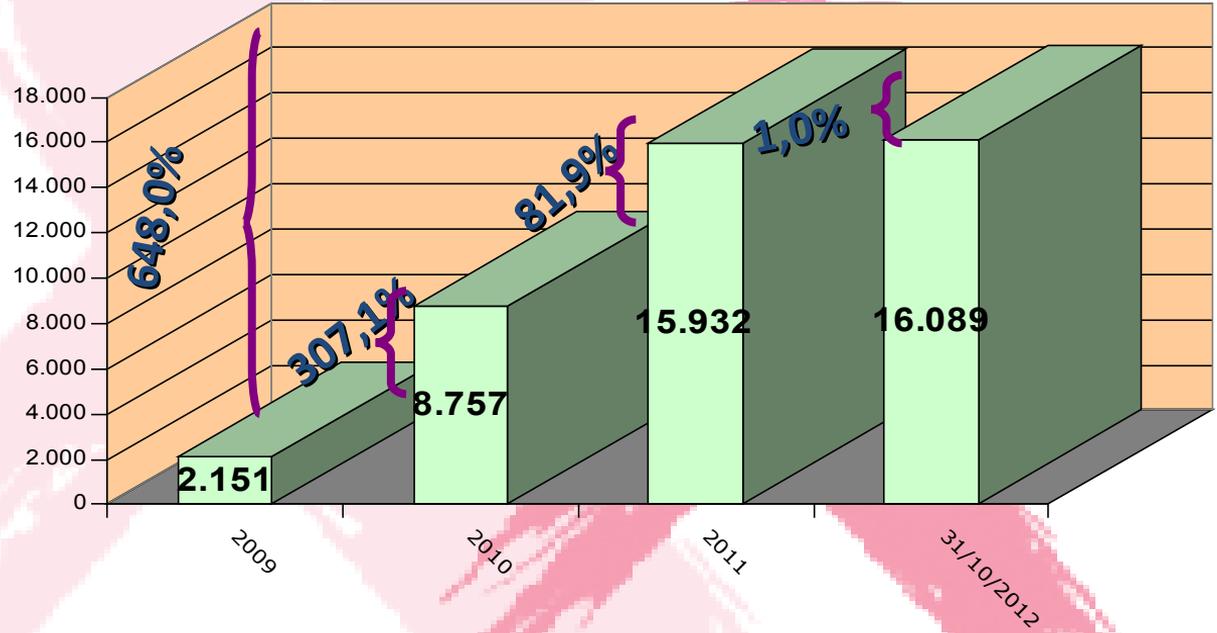
Se tornó necesario:

Mejorar la capacidad operativa de los centros de referencia (infraestructura, inclusión de RRHH y Equipamiento, actualización de las practicas diagnóstico terapéuticas, implementar estrategias de capacitaciones cruzadas)

Muestras PAPs tomadas,
procesadas, informadas
con registro nominalizado
en el sistema informático
nacional "SITAM".

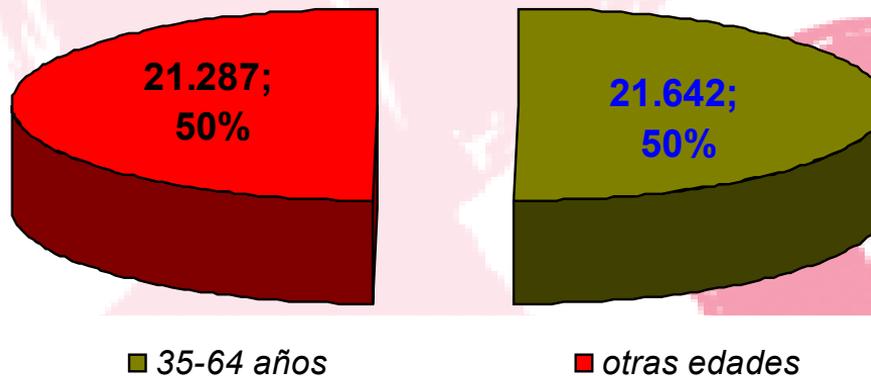
Provincia de Misiones.

Evolución
01/01/2009 – 31/10/ 2012



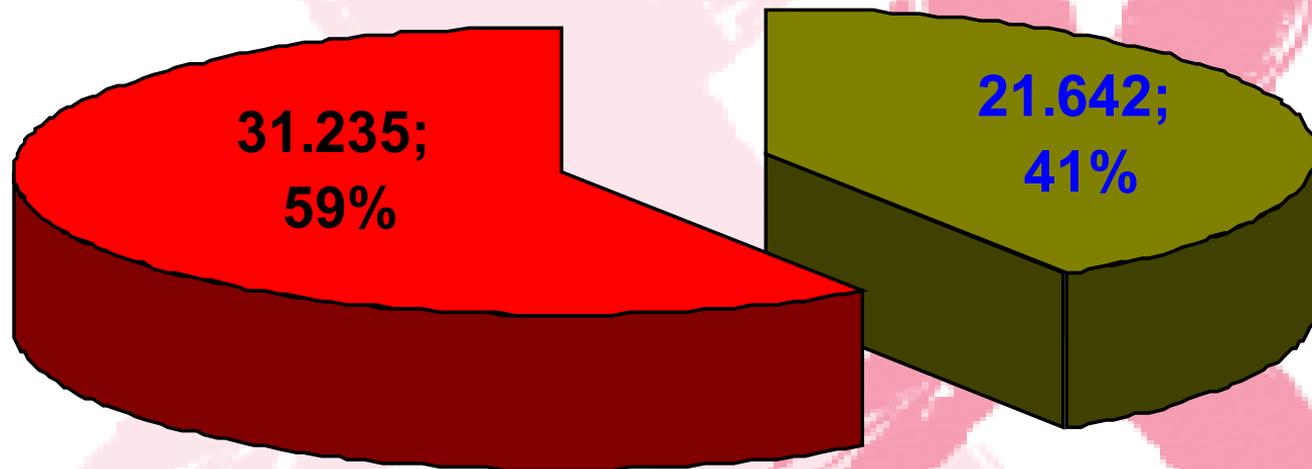
PAPs TOTALES 01/01/2009 – 31/10/ 2011: 42.929

**PAPs en mujeres en edad objetivo 01/01/2009 a 30/09/2012:
Total de PAPs: 42.929**



	Total de Muestras	Muestras de Mujeres de 35 a 64 años (N°)	Muestras de Mujeres de 35 a 64 años (%)
2009	2.151	1.003	46,6%
2010	8.757	4.499	51,4%
2011	15.932	8.119	51,0%
01/01/2012 - 31/10/2012	16.089	8.021	49,9%
01/01/2009 - 31/10/2012	42.929	21.642	50,4%

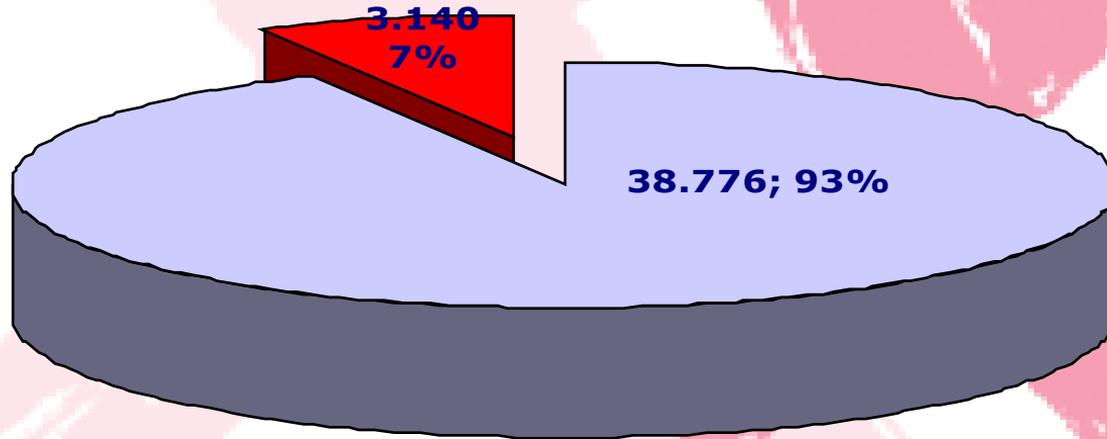
Cobertura alcanzada sobre mujeres en edad objetivo
(primera etapa: 35-64 sin O.S.) 01/01/2009 a
30/10/2012



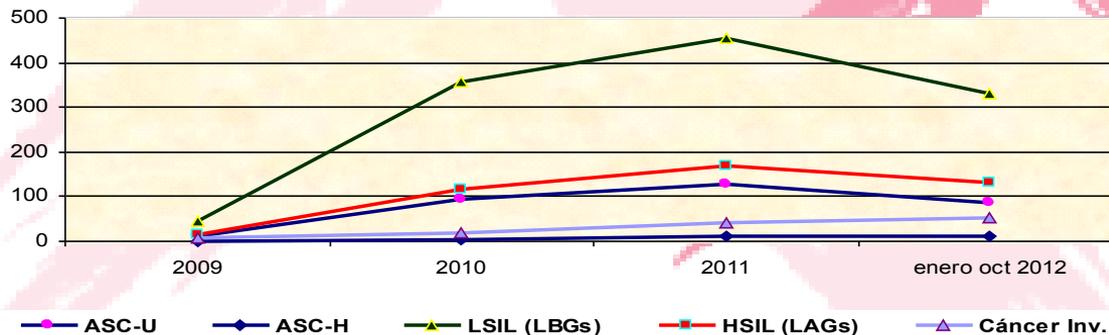
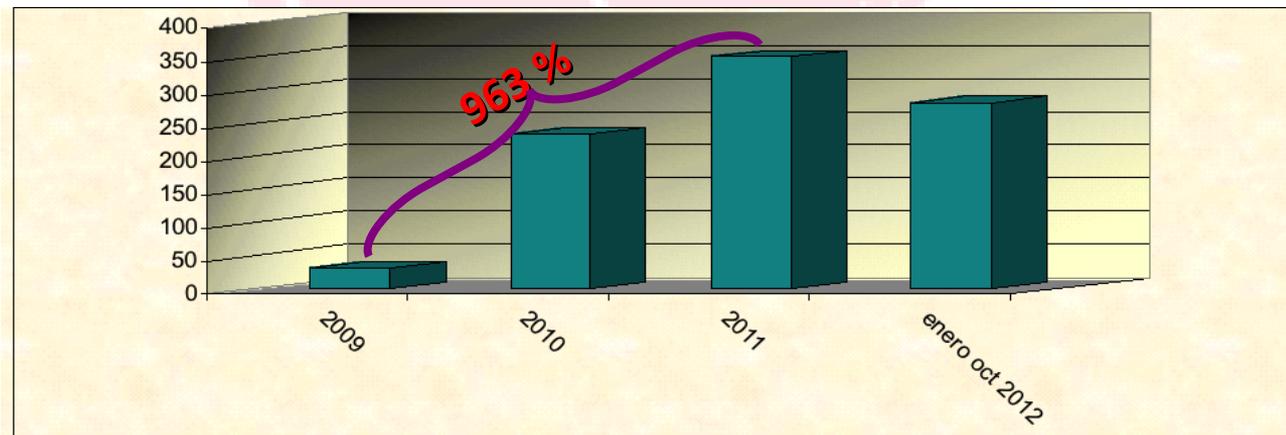
■ *mujeres con PAP*

■ *Mujeres sin PAP*

Papanicolaous nominalizados y registrados en sistema informático nacional según posibilidad de lectura citológica “satisfactorios” o “insatisfactorios” Establecimientos Públicos Estatales. Provincia de Misiones 01/01/2009 – 31/10/ 2012. Números Absolutos y Porcentajes.



INCREMENTO DE LA DETECCIÓN DE LESIONES ASC (US Y H) + HSIL + CA con PAP nominalizados y registrados. Números Absolutos. Establecimientos Públicos Estatales. Provincia de Misiones 01/01/2009 – 30/10/ 2012

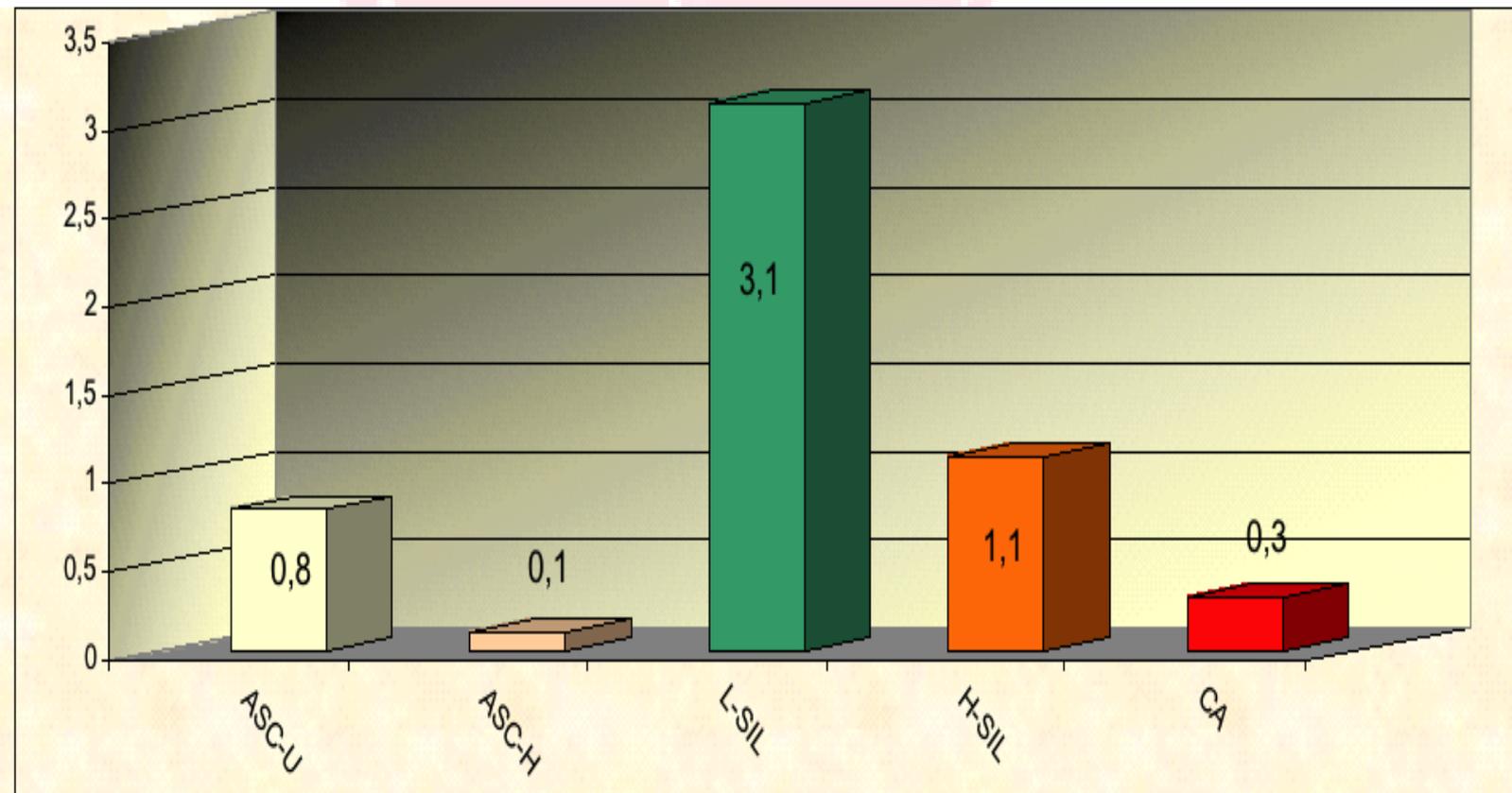


**PAPANICOLAOUS INFORMADOS y REGISTRADOS EN EL
 SISTEMA INFORMÁTICO NACIONAL "SITAM"
 SEGÚN CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS RELEVANTES
 NÚMEROS ABSOLUTOS. PROVINCIA DE MISIONES.
 01/01/2009 – 31/10/ 2012**

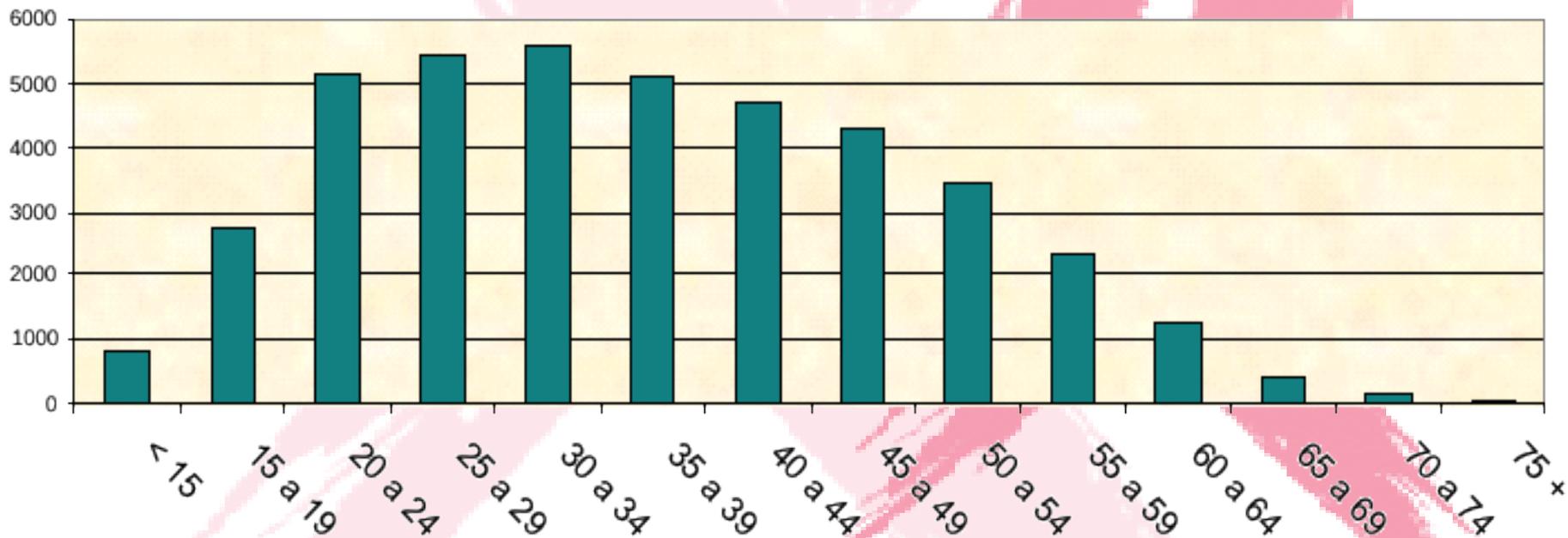
Categoría diagnóstica		N	%
Total		42.929	
Insatisf.		3.140	7,3%
Subt. Satisf.		38.776	90,3%
Satisf.	S/Lesión neoplásica o preneoplásica	38.656	100%
	ASC-U	319	0,8%
	ASC-H	27	0,1%
	LBGs	1.186	3,1%
	LAGs	434	1,1%
	Cáncer Inv.	120	0,3%

Citologías con lesiones neoplásicas y pre neoplásicas.

Porcentaje sobre el Total de muestras satisfactorias. Provincia de Misiones. 01/01/2009 – 31/10/ 2012



Papanicolaous totales nominalizados y registrados en sistema informático nacional según grupos quinquenales de edad. Números Absolutos. Establecimientos Públicos Estatales. Provincia De Misiones 01/01/2009 – 30/09/2012

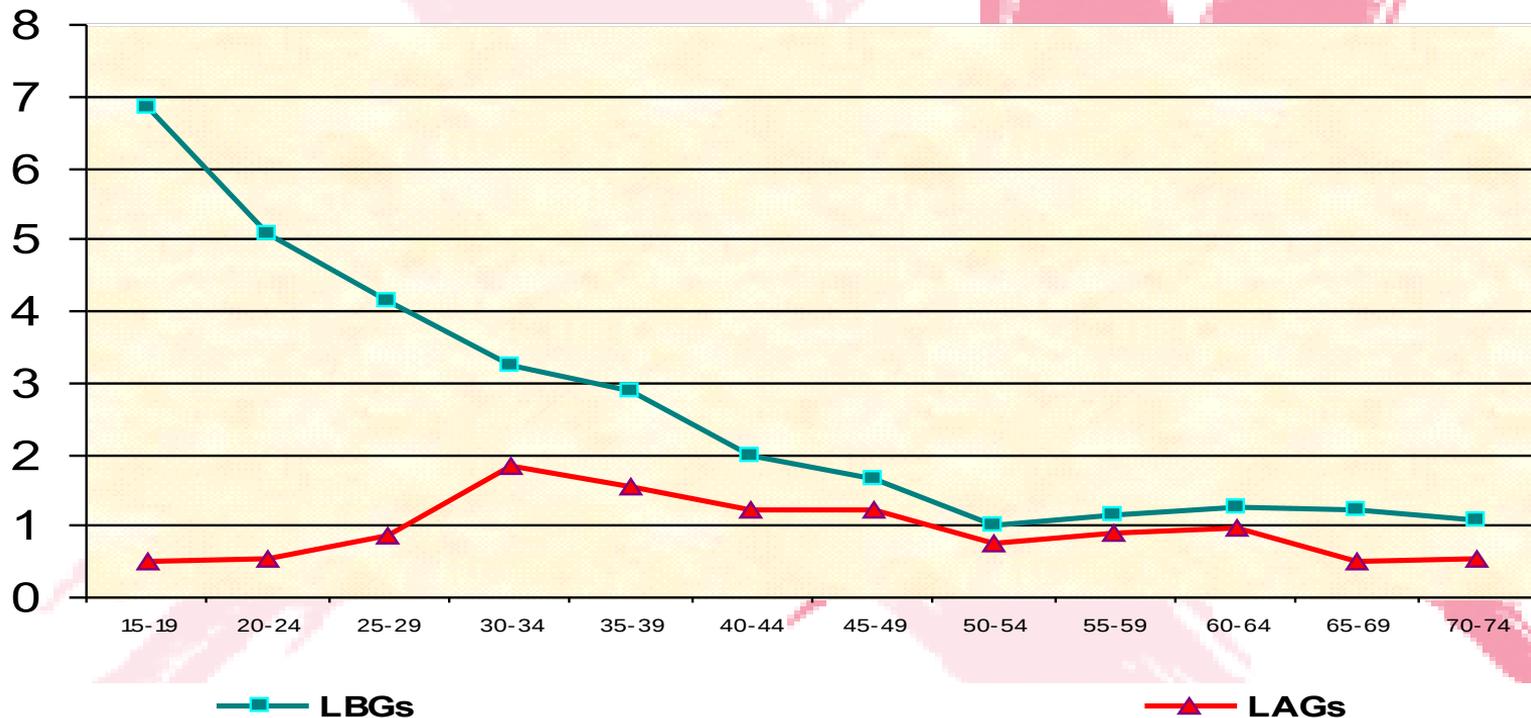


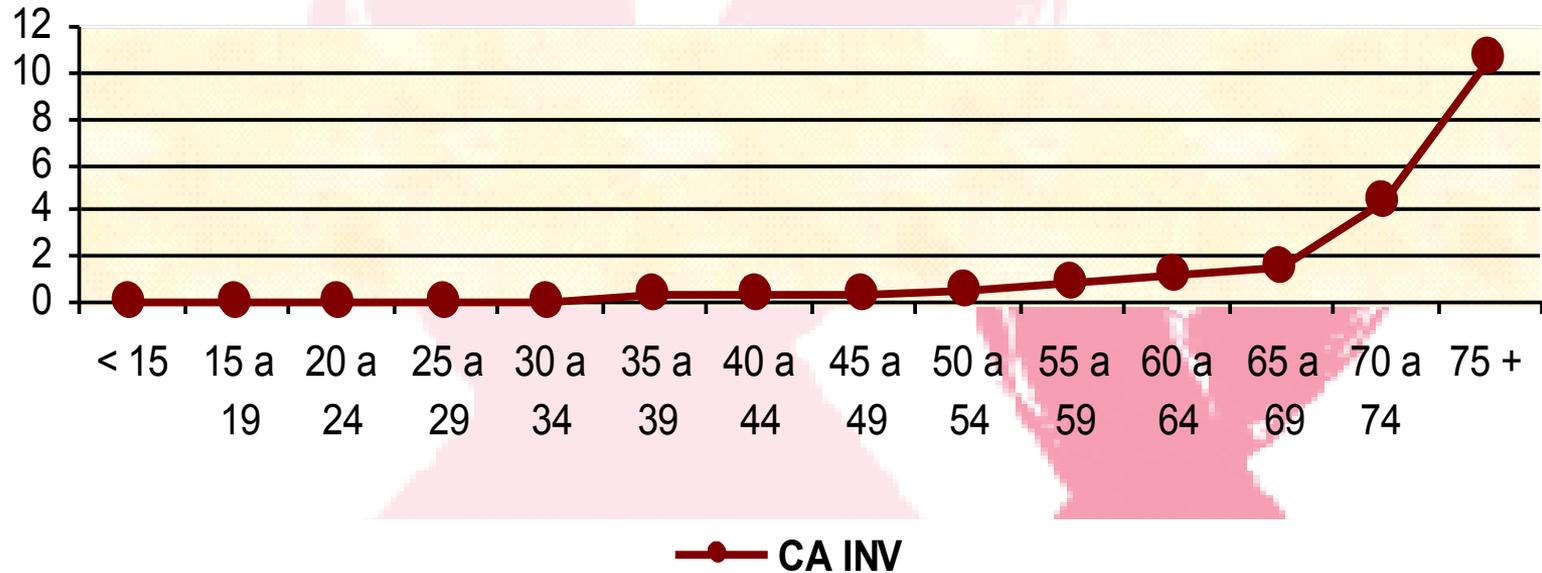
PAPs TOTALES: 40.589



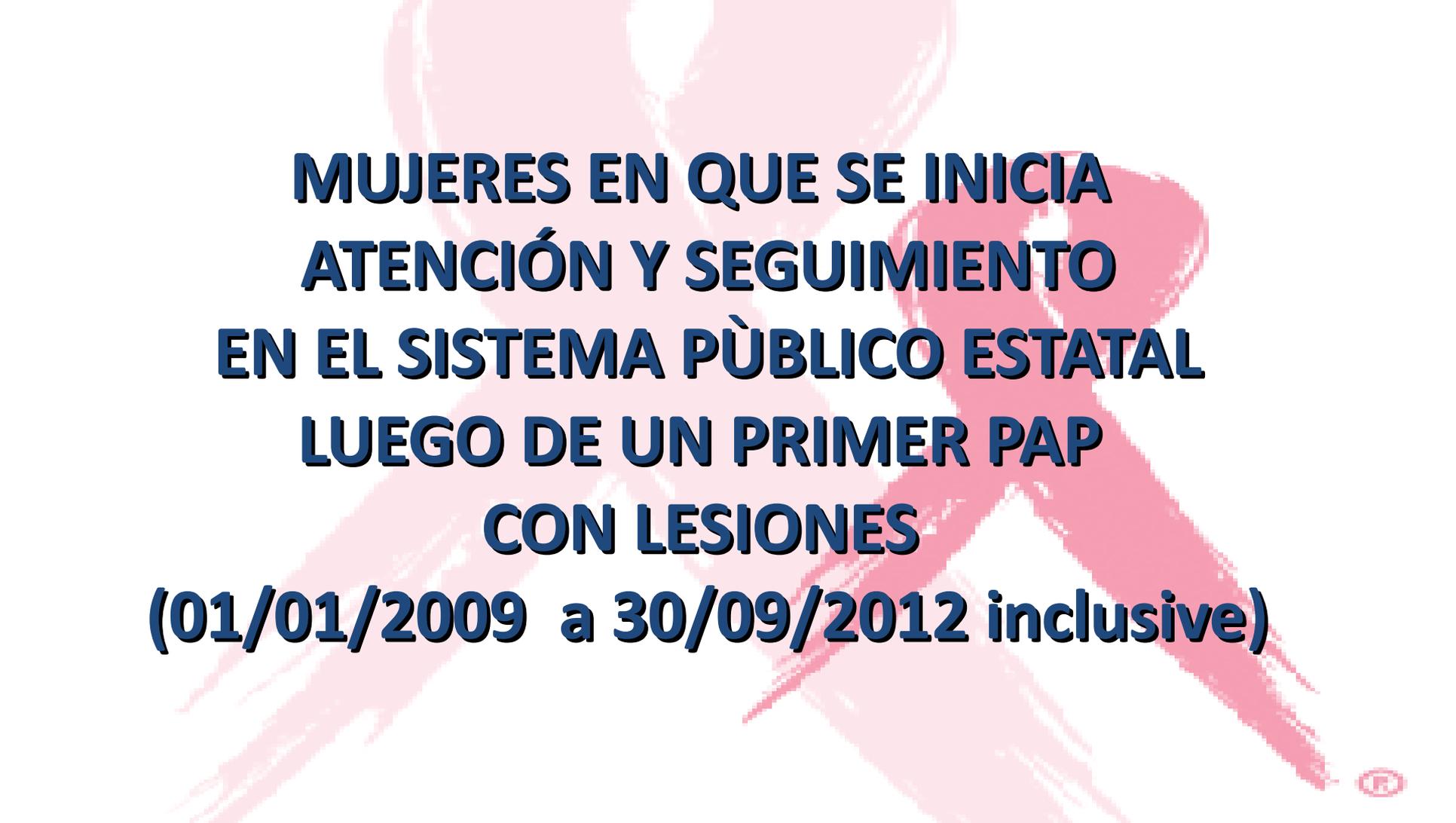
Papanicolaous con lesiones de bajo grado y de alto grado nominalizados y registrados en sistema informático nacional por grupos quinquenales de edad. Proporción Porcentual sobre el total de muestras satisfactorias de cada grupo.

**Establecimientos Públicos Estatales. Provincia De Misiones
01/01/2009 a 30/09/2012**





**Papanicolaous con informe “carcinoma infiltrante”
nominalizados y registrados en sistema informático nacional
por grupos quinquenales de edad.
Proporción Porcentual sobre el total de muestras de cada grupo.
Establecimientos Públicos Estatales. Provincia De Misiones
01/01/2009 a 30/09/2012**

A large, faint pink awareness ribbon is centered in the background of the slide. The text is overlaid on this ribbon.

**MUJERES EN QUE SE INICIA
ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO
EN EL SISTEMA PÚBLICO ESTATAL
LUEGO DE UN PRIMER PAP
CON LESIONES
(01/01/2009 a 30/09/2012 inclusive)**

Promedio mensual de primeras colposcopias en la secuencia diagnóstico terapéutica realizadas a mujeres con lesiones cancerosas, “H-SIL” y “ASC-H” durante el periodo del año 2011 en que las navegadoras no habían iniciado su actividad :

8,6 colposcopias/mes registradas

Promedio mensual de primeras colposcopias en la secuencia diagnóstico terapéutica realizadas a mujeres con lesiones cancerosas, “H-SIL” y “ASC-H” durante el periodo del año 2011 a partir de la inclusión de las navegadoras en el equipo de trabajo

21,7 colposcopias/mes registradas

**INCREMENTO EN EL REGISTRO DE PRIMERAS COLPOSCOPIAS
POST-PAP PATOLÒGICO DESDE LA INCLUSIÒN DEL PROYECTO**

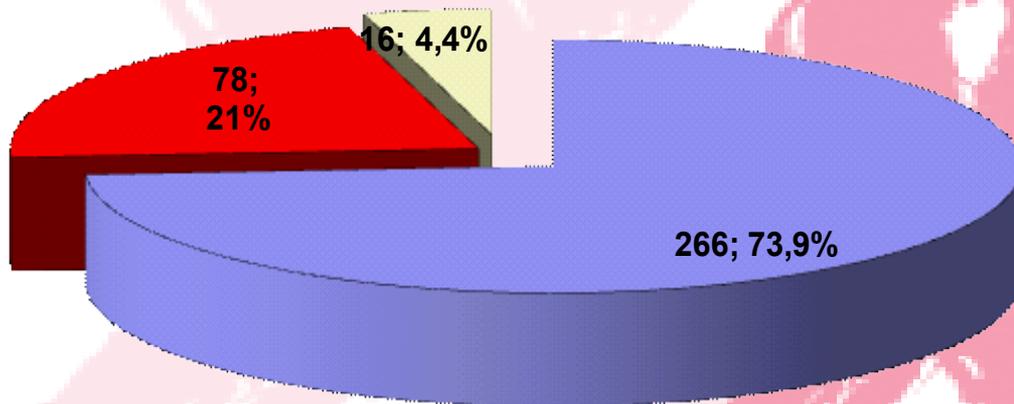
“NAVEGADORAS”:

152%

Seguimiento de mujeres con Papanicolaous con informe "HSIL" nominalizados y registrados en sistema informático nacional- 01/01/2009 a 30/09/2012

MUJERES EN QUE SE INICIA SEGUIMIENTO POR UN 1º INFORME CITOLÒGICO HSIL PENDIENTE DE TOMA DE BIOPSIA	78	21,67 %
MUJERES EN QUE SE INICIA SEGUIMIENTO POR UN 1º INFORME CITOLÒGICO HSIL EN QUE SE DESCONOCE LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE BIOPSIA	16	4,17 %
MUJERES EN QUE SE INICIA SEGUIMIENTO POR UN 1º INFORME CITOLÒGICO HSIL EN QUE SE REALIZÓ BIOPSIA PERO SE CARECE DE DATOS PRECISOS SOBRE SU RESULTADO	23	6,39 %
MUJERES EN QUE SE INICIA SEGUIMIENTO POR UN 1º INFORME CITOLÒGICO HSIL EN QUE SE REALIZÓ TOMA BIOPSIA Y SE TIENE CONOCIMIENTO DE SU RESULTADO	227	63,06 %
MUJERES EN QUE SE INICIA SEGUIMIENTO POR UN 1º INFORME CITOLÒGICO HSIL EN QUE SE REALIZÓ TOMA BIOPSIA CON INFORME AÚN PENDIENTE	16	4,17 %
TOTAL MUJERES NOMINALIZADAS EN QUE SE INICIA SEGUIMIENTO POR UN 1º INFORME CITOLÒGICO HSIL	360	

REALIZACIÓN DE LA 1º BIOPSIA POSTERIOR A UN 1º INFORME PAP HSIL



■ realizada

■ no realizada

■ s/d

BIOPSIAS REALIZADAS EN MENOS DE 4 MESES

comparación tiempo de tardanza existente entre el 1° resultado citológico con diagnostico HSIL o + y la realización de la primera biopsia

Ultimo semestre 2010 - Primer semestre 2012

- ⦿ En casos con informe citológico HSIL se pasó de un 39,8 % de casos cuya biopsia se realizaba antes de los 4 meses a un 71,4 %.
- ⦿ En los informes citológicos de CANCER INVASOR, se logró llegar al 82 % de casos con biopsia realizada antes de los 4 meses partiendo de un 52,9% de casos.

**Resultados histopatológicos (1° biopsia) de las mujeres con un informe citológico “HSIL” nominalizados y cuyos informes han sido registrados
01/01/2009 a 30/09/2012: **227 casos****

Cervicitis	8	3,5 %
CIN I	45	19,8 %
CIN II	27	11,9 %
CIN III	88	38,8 %
CIS	28	12,3 %
Carcinoma invasor	23	10,1 %
Muestra insatisfactoria	8	3,5 %

Mujeres con tratamiento quirúrgico realizado.

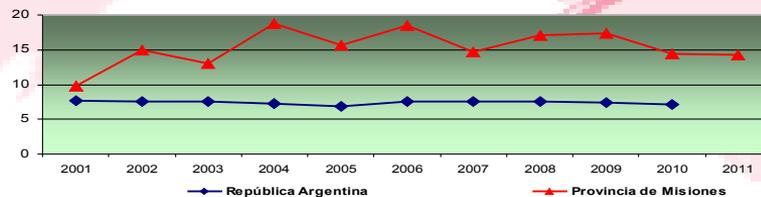
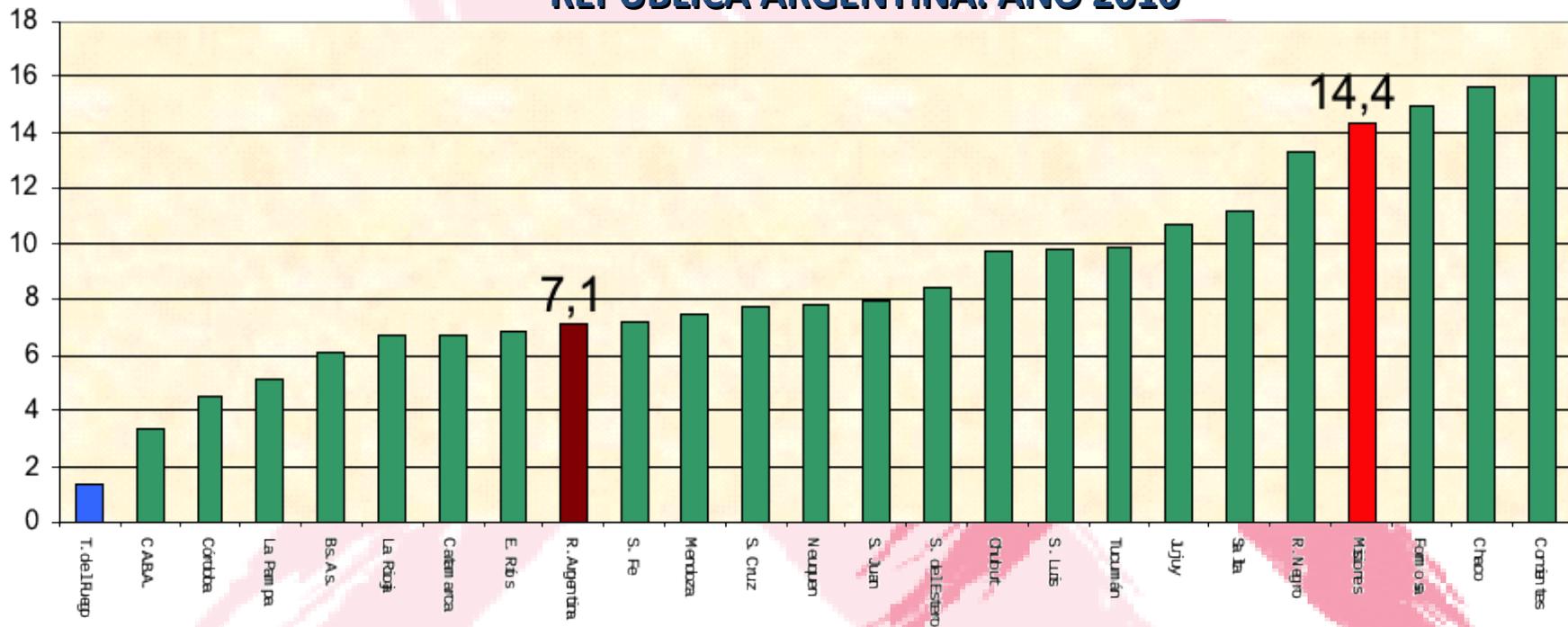
Mujeres cuyos con resultados de 1º biopsia posterior a un PAP HSIL ponen de manifiesto la necesidad de tratamiento quirúrgico según realización o no de la cirugía
01/01/2009 a 30/09/2012

Mujeres cuyo tratamiento quirúrgico está aún pendiente	20	15,6 %
Mujeres en las que ignora su estado en torno a la cirugía	7	5,5 %
Mujeres en las que a la fecha se ha realizado el procedimiento quirúrgico	101	78,9 %
TOTAL MUJERES EN QUE SE DEBERÍA PROCEDER A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SEGÚN RESULTADO DE BIOPSIA	128	

TRATAMIENTOS REALIZADOS EN MENOS DE 4 MESES

los casos tratados antes de los cuatro meses
(inicio concreto del tratamiento quirúrgico, radiante o quimioterápico)
luego de un 1° resultado citológico con diagnóstico HSIL o +
pasaron de **47% en el último semestre 2010**
al **73,9% en el primer semestre 2012**

TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTANDARIZADAS POR EDAD, POR 100.000 MUJERES, POR JURISDICCIÓN PROVINCIAL REPÚBLICA ARGENTINA. AÑO 2010



**How many roads must a man walk down
Before you call him a man?.....**

**How many times must a man look up
Before he can see the sky?.....**

Bob Dylan







Muchas gracias

