

Factores asociados al autoreporte de rastreo de cáncer de mama y cuello uterino en mujeres atendidas en un Centro de Salud del Bajo Boulogne, San Isidro, Buenos Aires, Argentina: estudio de corte transversal

Associated factors to self-report of cervical and breast cancer screening in women assisted in a Health Center in Bajo Boulogne, San Isidro, Buenos Aires, Argentina: a cross-sectional study

Carolina Carrara[§], Mercedes Mutchinik^{§§}, María Rezzónico*, Agustín Ciapponi **, Fernando Rubinstein[†] y Sergio Terrasa^{††}

Resumen

Objetivos: determinar la prevalencia de cobertura de rastreo de cáncer mamario con mamografía y de cuello uterino con Papanicolau en la población accesible de la zona de influencia del Centro de Salud San Pantaleón (San Isidro, Buenos Aires, Argentina) e identificar factores socioeconómicos y culturales asociados a su realización.

Métodos: estudio de corte transversal con datos recolectados a través de una encuesta autoadministrada a una muestra de conveniencia de mujeres seleccionadas consecutivamente a medida que concurrían al centro entre 06/2009 y 06/2010.

Resultados: fueron entrevistadas 474 mujeres. La tasa de autoreporte de haber realizado Papanicolau entre los 19 y los 70 años fue 61,1% (IC95% 56,4 a 65,6) y la de haber realizado mamografía luego de los 50 años, 51,1% (43,7 a 58,4). En el análisis multivariable, la del primero se asoció independientemente a un mayor nivel educativo (OR 3,4; IC95% 1,7 a 6,5), a haber tenido hijos (OR 2,6; 1,4 a 4,9), a reconocer un médico de referencia (OR 2,12; 1,35 a 3,3) y a ser menor de 50 años (OR 1,7; 1,1 a 2,7); y la de la segunda, a un mayor nivel educativo (OR 1,2; 0,4 a 3,1), a no estar empleada (OR 1,84; 0,94 a 3,6) y a reconocer un médico de referencia (OR 2,63; 1,22 a 5,88).

Conclusiones: las frecuencias de auto-reporte de rastreo de ambas patologías fueron coincidentes con las reportadas a nivel nacional y menores que las recomendadas como estándares internacionales.

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of coverage for breast cancer screening with mammography and for cervical cancer with Pap smear in the accessible population of the influence area of San Pantaleon Health Center (San Isidro, Buenos Aires, Argentina) and to identify socioeconomic and cultural factors associated with their implementation.

Methods: A cross-sectional study with data collected through a self-administered survey to a convenience sample of women selected consecutively as they attended the center between 06/2009 and 06/2010.

Results: 474 women were interviewed. The self-reported rate of have being screened Pap smear with between 19 and 70 years old was 61.1% (CI95% 56.4 to 65.6) and having mammograms after 50 years old, 51.1% (43.7 to 58.4). In the multivariable analysis the first was associated with a higher educational level (OR 3.4, 1.7 to 6.5), to have had children (OR 2.6, 1.4 to 4.9), to recognize a physician reference (OR 2.12; 1.35 to 3.3) and to be under 50 years old (OR 1.7, 1.1 to 2.7), and the second, to a higher educational level (OR 1.2, 0.4 to 3.1), to not to be employed (OR 1.84, 0.94 to 3.6) and to recognize a reference physician (OR 2.63; 1.22 to 5.88).

Conclusions: the self-reported frequency tracking of both was consistent with those reported nationally and lower than those recommended as international standards.

Palabras Claves: rastreo, cáncer de cuello uterino, mamografía, prevalencia. **Key words:** screening, cervical cáncer, mamography, prevalence.

[§] Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. carolina.carrara@hiba.org.ar

^{§§} Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. mercedes.mutchinick@hiba.org.ar

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

** Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina e Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

[†] Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina e Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

^{††} Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina y Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) y el cáncer de cuello uterino (CCU) son dos patologías altamente prevalentes a nivel mundial, representando respectivamente, la primera y segunda causa de cáncer femenino en Argentina y constituyendo un problema grave e importante para la Salud Pública en los países en vías de desarrollo¹.

El CM es el tumor que mayor número de muertes produce en la población femenina en Argentina (el 20,4%)¹ y puede ser precozmente detectado mediante el uso de la mamografía a partir de los 50 años de edad en la población general, estimándose que la sensibilidad de este método es de 90%, y la especificidad, de 94 a 99%³⁻⁴.

El CCU representa la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer en Argentina, representando el 10,7% de las muertes en mujeres¹. Dispone de una probada estrategia de detección precoz mediante el examen citológico de Papanicolaou (PAP), que ha demostrado disminuir la incidencia de cáncer avanzado en un 84% y la mortalidad hasta en un 60% en poblaciones que lo han adoptado sistemáticamente⁵. Se demostró que el PAP posee una sensibilidad de 60 a 80%, y una especificidad del 98%⁶.

En relación a la información disponible con respecto a las tasas de rastreo de CM y CCU provenientes de las Primera y Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizadas en 2005 y 2009 por el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina con la participación de sociedades científicas y la Organización Panamericana de la Salud, se obtuvo información relacionada con el rastreo de CM y de CCU: 1) respecto del rastreo de CM, los datos de 2005 informaron que a nivel nacional el 42,5% (40,3 a 44,7) de las mujeres mayores de 40 años se había realizado una mamografía en los últimos dos años, y los de 2009, que esa cobertura había ascendido a 52,2% (52,7 a 55,8%); 2) respecto del rastreo de CCU, los datos de 2005 informaron a nivel nacional el 51,6% (50 a 53,2) de las mujeres mayores de 40 años se había realizado un papanicolaou y los de 2009, que dicha cobertura había subido a 60,5% (59,3 a 61,6). En ambas encuestas se constató una importante disparidad entre las diferentes regiones de Argentina.

Vale destacar que en el marco de un programa de rastreo que estuviera funcionando dentro de los estándares de calidad actualmente consensuados, las tasas esperadas de

cobertura deberían ser por encima de 85% para la mamografía⁸ y cercanas a 80% para la citología de Papanicolaou⁹. Por otro lado, los programas de rastreo de países desarrollados han logrado reducir la tasa de mortalidad un 80% mediante estrategias que incluyen educación de la población, implementación de sistemas de información, búsqueda activa de mujeres, entrega oportuna de resultados de citología y tratamiento adecuado^{10,11,12}.

La población de Bajo Boulogne, Partido de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina consta de 17.000 habitantes¹³, es netamente urbana y se caracteriza por un alto nivel de pobreza, por ejemplo, el 80% de sus habitantes carecen de cobertura médica.

Justificación de esta investigación

Por lo explicado anteriormente, consideramos importante realizar un diagnóstico de situación del uso de medidas preventivas relacionadas con el rastreo de CM y de CCU; y reconocer los factores sociales, económicos y culturales que se asocian con su cumplimiento en la población accesible de la zona de influencia del Centro de Salud San Pantaleón (CSSP) en la comunidad de Bajo Boulogne, donde la residencia de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires realiza actividad asistencial y comunitaria.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de cobertura de rastreo de cáncer mamario y de cáncer de cuello uterino en la población accesible de la zona de influencia del Centro de Salud San Pantaleón (CSSP) en la comunidad de Bajo Boulogne e identificar los factores socioeconómicos y culturales asociados a su realización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de corte transversal.

Población y lugar

Centro de Salud San Pantaleón y distintos puntos estratégicos del Bajo Boulogne, Partido de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Recolección de los datos

Fueron recolectados entre junio de 2009 y junio de 2010 a través de una encuesta autoadministrada.

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidas todas las mujeres de 18 a 70 años del área de influencia del Centro de Salud San Pantaleón, excluyéndose a aquellas con antecedente o diagnóstico actual de cáncer de cuello uterino y/o de mama.

Selección de las participantes y tamaño muestral

Las mujeres encuestadas fueron reclutadas a través de una muestra de conveniencia y fueron seleccionadas en forma consecutiva en sus visitas al CSSP. Se estimó un tamaño muestral de 375 mujeres encuestadas para una prevalencia esperada del 42% de realización de Papanicolaou y de un 30% en la de mamografía, con el objetivo de que los resultados tuvieran una precisión de 5 y 7%, respectivamente para la cobertura de Papanicolaou y mamografía, con un intervalo de confianza del 95%.

Para determinar esta prevalencia estimada se había realizado previamente una encuesta piloto en la que se habían revisado 59 historias clínicas de mujeres entre 18 y 70 años que habían asistido al menos tres veces durante los últimos dos años al Centro de Salud de San Pantaleón.

Calculando que al utilizar encuestas autoadministradas podría existir un porcentaje de encuestas que estuvieran incompletas o incorrectamente contestadas decidimos agregar un 10% de pacientes para compensar dicha eventual pérdida, por lo que el tamaño muestral resultante fue de 410 pacientes para cada una de dichas prácticas preventivas.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa estadístico STATA 10.0. Las proporciones fueron estimadas como frecuencia de realización de cada práctica preventiva en los últimos dos años, estimándose para todas las mediciones su precisión, a través del cálculo del intervalo de confianza del 95%.

Con el fin de valorar la asociación de algunas características de las mujeres con la realización o no de la práctica de rastreo en cuestión, se realizó además un análisis bivariado, calculándose luego las razones de productos cruzados (en inglés: Odds ratios u OR) y su significancia estadística mediante un modelo de regresión logística en el que fueron incluidas todas las vari-

ables que habían mostrado asociación en el análisis bivariado.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano (CEPI).

RESULTADOS

Características de la población

Entre octubre de 2009 y mayo de 2010 fueron entrevistadas 474 mujeres. De todas ellas, sólo siete se negaron a contestar la encuesta: tres por problemas de agudeza visual, dos por ser analfabetas y dos por falta de deseo de participar en el estudio.

De las 467 encuestas realizadas, siete fueron anuladas (seis con más del 50% de la encuesta incompleta y una porque la participante no había completado la edad). Otras diez fueron excluidas (cinco por tener la paciente el antecedente de cáncer de mama y cinco por el de cáncer de cuello uterino). Finalmente, fueron analizadas 450 encuestas, describiéndose el diagrama de flujo en la figura 1, y las características sociodemográficas de la población cuyas encuestas fueron analizadas en la tabla 1.

Figura 1: diagrama de flujo de las participantes del estudio.

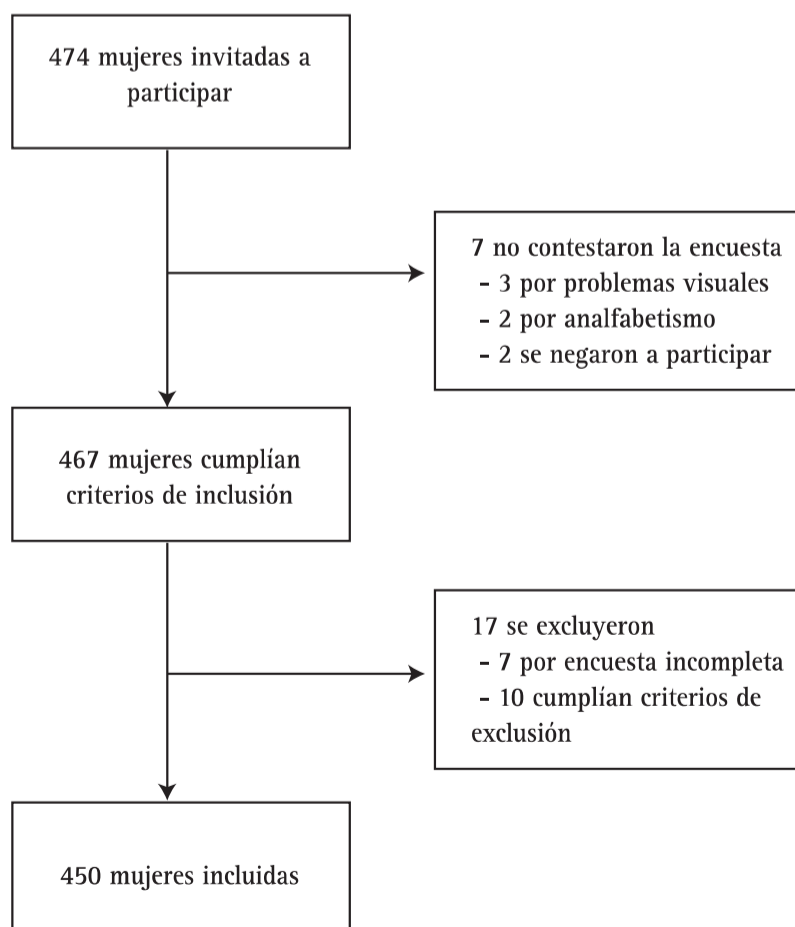


Tabla 1: características sociodemográficas de la población estudiada.

Variable y número de encuestas en las que fue evaluada	Total y porcentaje	
Nacionalidad (n=448)	Argentina	416 (92,9%)
	Extranjera	32 (7,1%)
	Boliviana	11 (2,5%)
	Peruana	7 (1,6%)
	Paraguaya	6 (1,3%)
	Uruguaya	5 (1,1%)
	Chilena	3 (0,7%)
Distrito argentino de nacimiento (n=405)	Buenos Aires	265 (64,5%)
	Otras provincias	140 (35,5%)
Estado civil (n=450)	Casado	167 (37,1%)
	Concubinato	97 (21,6%)
	Soltero	93 (20,7%)
	Separado	52 (11,5%)
	Viudo	41 (9,1%)
Nivel de escolaridad alcanzado (n=450)	Primario incompleto	122 (27,1%)
	Primario completo	130 (28,9%)
	Secundario incompleto	102 (22,7%)
	Secundario completo y más	96 (21,3%)
Tipo de régimen laboral (n=449)	Empleo con horario regular	143 (31,8%)
	Empleo sin horario regular	60 (13,3%)
	Sin empleo	247 (54,9%)
Seguro sindical de salud (n=439)	Si	163 (37,1%)
	No	276 (62,9%)
Distribución por grupo etario (n=450, promedio de edad 44,4 años, desvío estándar 15,8)	18 a 29	99 (22%)
	30 a 49	161 (35,8%)
	50 a 59	88 (19,5%)
	60 a 70	102 (22,7%)
Maternidad (n=450 y cantidad de hijos promedio 2,9)	Habían tenido hijos	387 (86%)
	No habían tenido hijos	63 (14%)
Reconocimiento de algún referente dentro del personal de salud (n=441)	Si	318 (72,1%)
	No	123 (27,9%)
Lugar predominante de atención (n=450)	Centro de Salud San Pantaleón	266 (59,1%)
	Otros	184 (40,9%)

El 7,1% de las mujeres de nacionalidad extranjera vive en Argentina desde hace más de cinco años; y de las 450 encuestadas, el 85,2% vivía a menos de 15 cuadras del Centro de Salud San Pantaleón (CSSP). La figura 2 describe la prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, asma y otras condiciones crónicas y la tabla 2, el grado de conocimiento de ambas prácticas de rastreo y el autoreporte de haberse las realizado.

Figura 2: prevalencia de algunas enfermedades crónicas.

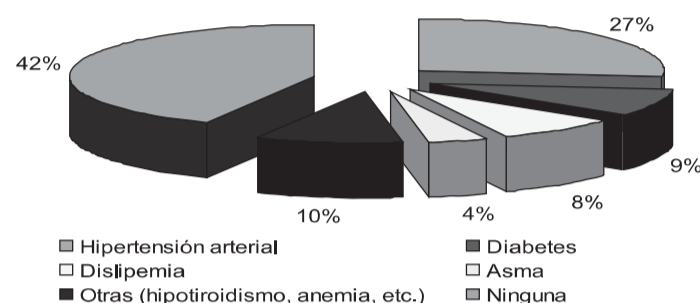


Tabla 2: conocimiento y auto-reporte de haber realizado el Papanicolau y mamografía en una muestra de 450 mujeres encuestadas.

		Papanicolau		Mamografía	
		Total (%)	IC95%	Total (%)	IC95%
Conocimiento de la práctica preventiva (n=450)	Si	426 (94,6%)	92,1 a 96,5	174 (91,6%)	86,7 a 95,1
	No	24 (5,3%)	3,5 a 7,9	16 (8,4%)	4,9 a 13,3
Autoreporte de haberla realizado (n=450 para PAP y n=190 para mamografía) ^a	Si	275 (61,1%)	56,4 a 65,6	97 (51,1%)	43,7 a 58,4
	No	175 (38,8%)	34,4 a 43,6	93 (48,9%)	41,6 a 56,3

^aPara calcular la tasa de autoreporte de haber realizado la práctica preventiva se utilizó el número total de encuestadas (n=450) para Papanicolau y el número de las mujeres mayores de 50 años (n=190) para la Mamografía.

Tabla 3: análisis univariado entre las características socioeconómicas y demográficas documentadas y el auto-reporte de realización de Papanicolau y mamografía.

Variables evaluadas	Realización del papanicolau				Realización de la mamografía				
	n	SI	NO	p	n	SI	NO	p	
Nacionalidad	Argentina	416	256 (61,5%)	160 (38,5%)	0,27	177	93 (52,5%)	84 (47,5%)	0,07
	Extranjera	32	18 (56,3%)	14 (43,8%)		13	4 (30,8%)	9 (69,2%)	
Condición de pareja	Sin pareja	186	106 (57%)	80 (43%)	0,06	95	51 (53,7%)	44 (46,3%)	0,23
	En pareja	264	169 (64%)	95 (36%)		95	46 (48,4%)	49 (51,6%)	
Máximo nivel de estudio alcanzado	Primario incompleto	122	60 (50,8%)	62 (49,2%)	<0,001	75	41 (54,6%)	34 (45,4%)	0,08
	Primario completo	130	79 (60,8%)	51 (39,2%)		66	36 (54,5%)	30 (45,5%)	
	Secundario incompleto	102	63 (61,8%)	39 (38,2%)		23	6 (26,1%)	17 (73,9%)	
	Secundario completo y más	96	73 (76%)	23 (24%)		26	14 (53,9%)	12 (46,1%)	
Paridad	Nulípara	63	30 (47,62%)	33 (52,38%)	0,005	23	11 (47,8%)	12 (52,2%)	0,46
	Primípara	47	38 (80,9%)	9 (19,1%)		11	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
	Múltipara ^a	240	146 (60,8%)	94 (39,2%)		106	55 (51,9%)	51 (48,1%)	
	Gran múltipara ^b	100	61 (61%)	39 (39%)		50	23 (46%)	27 (54%)	
Cobertura social sindical	Si	163	98 (60,1%)	65 (39,9%)	0,37	88	49 (55,7%)	39 (44,3%)	0,11
	No	276	170 (61,6%)	106 (38,4%)		98	46 (46,9%)	52 (53,1%)	
Empleo y régimen laboral	No posee empleo	247	154 (62,3%)	93 (37,7%)	0,27	115	67 (58,3%)	48 (41,7%)	0,014
	Si (horarios regulares)	142	86 (60,6%)	56 (39,4%)	0,30	61	26 (42,6%)	35 (57,4%)	0,17
	Si (horarios irregulares)	60	34 (56,7%)	26 (43,3%)		14	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
Rango etario	18 a 29	99	68 (68,7%)	31 (31,3%)	0,006	No indicada en este rango etario			0,12
	30 a 49	161	108 (67,1%)	53 (32,9%)		88	41 (46,6%)	47 (53,4%)	
	50 a 59	88	49 (55,7%)	39 (44,3%)		102	56 (54,9%)	46 (45,1%)	
	60 a 70	102	50 (49%)	52 (51%)					
Reconocimiento de algún referente del personal de salud	Si	318	205 (64,5%)	113 (35,5%)	<0,005	144	81 (56,3%)	63 (43,85)	0,006
	No	123	63 (51,2%)	60 (48,8%)		41	14 (34,1%)	27 (65,9%)	
Conocimiento de cada uno de los métodos diagnósticos ^c	Si	426	271 (63,6%)	155 (36,4%)	<0,0000	174	97 (55,7%)	77 (44,3%)	0,0000
	No	24	4 (16,7%)	20 (83,3%)		16	0 (0%)	16 (100%)	

^a Mujer que ha tenido entre dos y cuatro hijos. ^b Mujer que ha tenido más de cinco hijos.

Con respecto a las mujeres mayores de 50 años, 79 (41,6%) había efectuado ambas prácticas preventivas, y 73 (38,4%) ninguna de ambas ($p \leq 0,001$).

Resultados del análisis bivariado

La tabla 3 ilustra la asociación entre las diversas variables estudiadas y la realización del Papanicolaou y de mamografía.

La tasa de auto-reporte de realización de citología de Papanicolaou tuvo una asociación directa y estadísticamente significativa ($p=0,02$) con el nivel de escolaridad alcanzado, y una asociación inversa con la cantidad de hijos tenidos ($p=0,02$) y con la edad de la paciente ($p=0,006$).

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre no estar empleada y el auto-reporte de haberse realizado la mamografía ($p=0,014$).

El autoreporte de tener algún profesional de referencia para coordinar sus cuidados de salud se asoció significativamente al auto-reporte de realización de ambas prácticas preventivas.

Resultados del análisis multivariado

Se realizó un modelo de regresión logística en el cual fueron incluidos los factores asociados significativamente con la realización de ambas prácticas preventivas. La realización de PAP se asoció a un mayor nivel educativo OR 3,4 (IC95% 1,7 a 6,5), a haber tenido hijos OR 2,6 (IC95% 1,4 a 4,9), a tener un médico de referencia OR 2,12 (IC95% 1,35 a 3,3) y a ser menor de 50 años OR 1,7 (IC95% 1,1 a 2,7); mientras que la realización de mamografía se asoció a un mayor nivel educativo OR 1,2 (IC95% 0,4 a 3,1), a no estar empleada OR 1,84 (IC95% 0,94 a 3,6) y a tener un médico de referencia OR 2,63 (IC95% 1,22 a 5,88).

DISCUSIÓN

Este estudio reporta la tasa de rastreo de cáncer de mama y de cuello uterino en un grupo de mujeres que habitan un área urbana con escasos recursos socioeconómicos, ayudando los datos obtenidos a través de mismo a establecer una línea de base para planificar futuras intervenciones.

Hemos documentado que el conocimiento (por parte de las pacientes) respecto de qué son un Papanicolaou

y una mamografía estuvo asociado con el auto-reporte de haberlos realizado. En este sentido, vale destacar que estudios similares como el de Gutierréz y col.¹⁴ habían comunicado similares asociaciones, lo que es coincidente con los buenos resultados en términos de impacto de algunas intervenciones educativas (estudios antes-después) que también demostraron mejorar la tasa de rastreo en poblaciones de bajos recursos¹⁵.

Hemos visto que las mujeres con menor cantidad de hijos tenían mayor probabilidad de haberse realizado un Papanicolaou durante los últimos dos años. Esto confirma nuestra hipótesis de que a menor cantidad de hijos, mayor sería el autocuidado.

Observamos que las mujeres de menor edad eran más propensas a tener un Papanicolaou en los últimos dos años. Una de las probables explicaciones a este hallazgo sería que estas mujeres se encuentran en edad fértil y en nuestro centro de salud, como requisito para la entrega de anticonceptivos, se les exige la realización de un Papanicolaou anual. Otra de las posibles causas sería la creencia por parte de la población estudiada de que ser sexualmente más activa se asocia a mayor riesgo de tener cáncer de cuello uterino. Además, en nuestro medio se utiliza el control prenatal como una oportunidad para realizar el Papanicolaou, lo que aportaría otra posible explicación a lo observado.

Estos resultados son consistentes con el estudio de Paz y col.¹⁶, quienes habían encontrado como predictores más importantes para realizarse el Papanicolaou a estar comprendidas en el rango etario que va de 25 a 29 años, estar casada y tener hijos.

La educación es una de las medidas más utilizadas para evaluar nivel socioeconómico en los estudios de salud en adultos, porque es un dato relativamente fácil de obtener y potencialmente medible a través de una encuesta. La educación constituye una vía de acceso a recursos sociales y económicos que influyen en el estado de salud y en el uso de prácticas preventivas¹⁷.

Con respecto al nivel de escolaridad, en nuestro estudio hemos observado que a mayor nivel de instrucción, mayor fue el auto-reporte de realización del Papanicolaou. No ocurrió lo mismo con la mamografía, pero creemos que pudo haberse debido a que hemos contado con un bajo número de mujeres encuestadas

con escolaridad secundaria o superior a la misma. Vale destacar que la asociación entre un alto nivel educativo y una alta tasa de utilización de métodos de rastreo es consistente con otros reportes que analizaron el comportamiento de la población hispana. Por ejemplo, Reyes-Ortiz encontró en una cohorte de 2207 mujeres que existe una relación directa entre el nivel educativo y la tasa de realización de mamografía^{18,19}.

El contar con un referente dentro del personal de salud se asoció a una mayor tasa de auto-reporte de realización de ambas prácticas preventivas, lo que conduciría a reforzar la importancia del seguimiento longitudinal de los pacientes, coincidiendo nuestros hallazgos con los del estudio de Somkin C y col.²⁰, que había demostrado que tener un seguro de salud, un lugar de atención y/o un médico de referencia (las variables más comúnmente utilizadas para evaluar acceso primario) son predictores independientes de la tasa de rastreo periódico.

Respecto del resto de las variables evaluadas (prevalencia de condiciones crónicas, ser inmigrante, estabilidad de la pareja y cobertura de salud) consideramos que el haber contado con una baja presencia de las mismas conspiró contra la posibilidad de detectar alguna asociación entre estas y el auto-reporte de realización de de mamografía y/o Papanicolaou, que sí había sido documentada en otros estudios^{14,15,21}.

Respecto de las fortalezas de la investigación, como pudimos observar en la figura 1, la tasa de respuesta de la encuesta fue elevada, y en su mayoría estas fueron completadas correctamente.

Nuestro diseño tuvo la limitación de haber usado datos obtenidos puramente sobre la base del auto-reporte de las participantes y sus resultados estar sujetos a sesgos como el de memoria (dependiente de la precisión del recuerdo de haberse realizado o no cada práctica preventiva durante los últimos dos años) o el de cortesía en el que las personas pueden tender a contestar lo que consideran que las va a dejar mejor posicionadas frente al encuestador, especialmente si se trata de un miembro del equipo de cuidados de su salud a quien conocen previamente. Por lo tanto y si bien nuestros hallazgos deben ser interpretados con precaución antes de ser extrapolados, es sabido que el auto-reporte constituye el método usual para obtener datos acerca de

las conductas de rastreo en la población²⁰. Una manera de atenuar esta dificultad metodológica habría sido intentar constatar la veracidad de sus respuestas con elementos objetivos como podrían ser la documentación en la historia clínica o las bases de datos de los centros en los que se realizan las mamografías o los laboratorios en los que se analizan e informan las citologías de Papanicolaou, lo que no resultó posible debido a limitaciones presupuestarias y debido a que las pacientes tenían más de un lugar donde realizarse dichos métodos de rastreo (el policlínico barrial de referencia, el Hospital Municipal, prestadores privados, la posibilidad de realizarlos en otro municipio, etc.) lo que habría complejizado enormemente dicho mecanismo de constatación.

Si bien el haber usado una encuesta autoadministrada podría afectar la validez de la información obtenida en nuestro estudio (por ejemplo en población analfabeta), teniendo en cuenta que en el área de influencia del CSSP solo el 4% de los jefes de hogar no asistieron a la escuela²², consideramos que es poco probable que los resultados hubieran sido sustancialmente modificados.

Otra de las limitaciones de nuestra investigación fue no haber podido contar con un muestreo probabilístico, lo que limita la representatividad de nuestra muestra y la extrapolación de nuestros resultados, que sólo debiera hacerse a mujeres que asisten a centros de salud semejantes al CSSP. El uso de un muestreo consecutivo fue decidido debido a la limitación de los recursos humanos y la dificultad para acceder a ciertas áreas de la comunidad.

Sin embargo, y a pesar de las limitaciones descriptas previamente, nuestros resultados fueron consistentes con los reportados en la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo⁷, realizada durante el mismo año y que reportó a nivel nacional una tasa de realización del Papanicolau de 60,5% (59,3 a 61,6) y de mamografía de 54,2% (52,7 a 55,8).

CONCLUSIONES

La frecuencia de auto-reporte de haberse realizado citología de Papanicolaou y mamografía en el área de influencia del CSSP son bajas cuando se las compara

con los estándares internacionales y coincidentes con las reportadas a nivel nacional en Argentina.

Hemos documentado factores asociados a la falta de cumplimiento de estas prácticas (el bajo nivel educativo, la alta paridad, edad mayor a 50 años, tener alguna ocupación y la ausencia de un médico de referencia) necesitando nuevos estudios con técnicas cualitativas para poder caracterizarlos mejor.

Este estudio constituye la línea de base para establecer prioridades en la prevención y el control de enfermedades no transmisibles como el cáncer de cuello uterino y cáncer de mama en la comunidad del Bajo Boulogne, y plantea la necesidad de un mejor seguimiento de la población objetivo y la captación de nuevas mujeres.

Recibido el 27/11/10 y aceptado el 23/09/11.

BIBLIOGRAFÍA

- Mortalidad por tumores malignos, 1993-1996 y 1997-2000". Boletín Nro 96. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas en Informaciones de Salud, Ministerio de Salud, República Argentina. Buenos Aires, junio de 2002.
- Ciapponi A, De Vas Y, Villalón G. Recomendaciones 2009 para el rastreo del cáncer de mama de la fuerza de tareas preventiva de los EE.UU. Evid Act Pract Ambul. 13(1). 4-6. Ene-mar 2010.
- Humphrey L, Chan B, Detlefsen S, Helfand M. Screening for Breast Cancer. Systematic Evidence Review No. 15 (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0018). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2002. (Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat3.chapter.27509>).
- Mushlin A, Kouides R, Shapiro D. Estimating the accuracy of screening mammography: a meta-analysis. Am J Prev Med 1998;14(2):143-53.
- U.S Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Cervical Cancer. Recommendations and Rationale. Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfscerv.htm>
- McCrary D, Mather D, Bastian L. Evaluation of Cervical Cytology: Evidence Report/Technology Assessment No. (Prepared by Duke University under Contract No. 290-97-0014.) AHCPR Publication No. 99-E010. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. February 1999. Available at <http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm>. Accessed November 25, 2009.
- Ferrante y col. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(6):34-41. Disponible en URL: <http://www.msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf> (último acceso 09/08/11).
- Instituto Nacional de Cancerología. Recomendaciones para la tamización y la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Bogotá: INC, 2006.
- Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Bogotá: INC; 2007.
- Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ. 1999;318(7188):904-8.
- Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet. 2004; 364(9430):249-56.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin. 2005; 55(2):74-108.
- Proyecto Integración-Barrio Bajo Boulogne", San Isidro, Gobierno Municipal, 2007.
- Gutierrez C, Romani F, Ramos J, Alarcon E, Wong P, Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de papanicolau) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del período 1996-2008. Rev Perú Epidemiol. 2010; 14 (1).
- Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and Cultural Barriers to Papanicolau Test Screening in an Urban Population. Obstet Gynecol 2004; 104:1355-61.
- Paz V, Lee F, Carcamo C, Holmes K, Gamett G, García P. Who is getting PAP smears in urban Perú. International Journal of Epidemiology. 2008;37:862-869.
- Rudkin L, Markides KS. Measuring the socioeconomic status of elderly people in health studies with special focus on minority elderly. J Mental Health Aging. 2001;7:53-66
- Reyes-Ortiz C, Camacho M, Amador L, Velez L, Ottenbacher J, Markides K. The impact of education and literacy levels on cancer screening among older Latin American and Caribbean adults. Cancer control. 2007;14(4):388-95.
- Rodríguez M, Ward L, Perez-Stable E. Breast and cervical cancer screening: impact of health insurance status, ethnicity, and nativity of Latinas. Ann Fam Med. 2005;3:235-241
- Somkin C, McPhee S, Nguyen T, Stewart S, Shema SJ, Nguyen B, et al. The effect of Access and Satisfaction on Regular Mammogram and Papanicolau Test Screening in a Multiethnic Population. Med Care 2004.42(9):914-926.
- Sosa-Rubí S, Walker D, Serván E. Práctica de mastografías y

pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. [cited 2010 Sep 11]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800014&lng=en.

- 21 Dreyer C, Discacciati V, Bakalar K. Rastreo del cáncer de cuello uterino. Capítulo 76. En: "Medicina Familiar y Practica Ambulatoria". Editores Rubinstein A. Terrasa S, Carrete P. Editorial Médica Panamericana, Enero de 2006. pp 625
- 22 Equipo de salud de la mujer de UMFYP. Rastreo del cáncer de cuello uterino en Salud de la mujer/Rubinstein E. Zarate M, Carrete P, Deprati M.-3°ed.- Buenos Aires: Fundación MF "Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud", 2006
- 23 American Cancer Society. Prevención y Factores de Riesgo del Cáncer de cuello uterino. Disponible en http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_prevention_y_factores_de_riesgo_8.asp
- 24 Asociación Española Contra el Cáncer. "El Cáncer en el Mundo. 2002". Disponible en <http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/D5E77B09-EDC6-43E5-A8CC-500199E3A4AB/0/MUNDO.pdf>
- 25 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Control del Cáncer. Subprograma de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino. Disponible en www.msal.gov.ar
- 26 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. Republica Argentina, 2003" Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Disponible en www.deis.gov.ar
- 27 Giraud N y Discacciati V. Centro de Salud San Pantaleón. Un encuentro entre el equipo de salud. Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires Argentina. ISBN: 978-987-1639-01-4.