

**Tabla 1.** Evaluación del programa piloto Evaluación Externa del Desempeño en Citología Cervicouterina (PEED-CITOLOGIA) 2012.

|                          | Concordancia observada (%) | Sobre-diagnóstico (%) | Sub-diagnóstico (%) |
|--------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Negativo</b>          | 76,7                       | 20,0                  | 3,3                 |
| <b>LEIBG</b>             | 85,0                       | 5,0                   | 10,0                |
| <b>LEIAG</b>             | 75,9                       | 13,8                  | 10,3                |
| <b>Carcinoma invasor</b> | 81,8                       | 0,0                   | 18,2                |

LEIBG: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

LEIAG: lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Nota: se evaluó la concordancia de diez responsables de lectura citológica sobre un panel conformado por diez láminas.

Lo relevante corresponde a los subdiagnósticos de LEIAG y de carcinoma invasor. En el primer caso, las LEIAG fueron diagnosticadas como LEIBG y ASCUS, lo que implica un procedimiento médico diferente del que le corresponde, ya que para los casos de LEIAG el protocolo indica hacer una biopsia dirigida, cono frío, electrocirugía o histerectomía ampliada dependiendo de la expectativa de fertilidad de la paciente <sup>(6)</sup>, mientras que para la LEIBG y ASCUS corresponde seguimiento mediante PAP/IVAA/colposcopia cada seis meses durante dos años <sup>(6)</sup>. En el caso del carcinoma invasor, uno de ellos fue diagnosticado como LEIBG que, según los protocolos establecidos, requiere de observación y control cada seis meses.

Dado que el panel estaba conformado por diez láminas y fueron evaluados diez responsables de lectura citológica, el ámbito del piloto fue de cien diagnósticos lo que hace un 4% (cuatro casos) en los que la discordancia implica un procedimiento médico hacia la paciente, diferente del que le correspondía. Consideramos que la aplicación del PEED Citología a nivel nacional permitirá mejorar el servicio de lectura de citología cervicouterina que se brinda a las usuarias, ayudando a reducir el porcentaje de subdiagnósticos; lo que también permitirá a los establecimientos de salud que brindan este servicio conocer su nivel de desempeño a fin de involucrarse en un proceso de mejora continua hasta alcanzar niveles óptimos, con la consecuente mejora en la atención a la población.

**Fuentes de financiamiento:** el desarrollo del Piloto PEED-Citología ha sido desarrollado con financiamiento del Centro Nacional de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Una inversión total. Ginebra: OMS; 2005.
2. Organización Panamericana de la Salud. [Situación de los programas para la prevención y el control del cáncer](#)

[cervicouterino: evaluación rápida mediante encuesta en doce países de América Latina](#). Washington, DC: OPS; 2010.

3. Madlensky A, Goel V, Polzar J, Ashbury FD. [Assesing the evidence for organized cancer screening programmes](#). Eur J Cancer. 2003;39(12):1648-53.
4. Miller A, Goel V. Screening. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford Textbook of Public Health. The Methods of Public Health. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press; 2002.
5. Cendales R, Wiesner C, Murillo R, Piñeros M, Tovar S, Mejía J. [La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia: un estudio de concordancia](#). Biomédica. 2010;30(1):107-15
6. Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”. [Norma técnico-oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional](#). Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; 2008

*Correspondencia:* María Luz Miraval Toledo

*Dirección:* Calle Cápac Yupanqui 1400. Lima 33, Perú.

*Teléfono:* (511) 7481111 Anexo 2110

*Correo electrónico:* mmiraval@ins.gob.pe

## NECESIDAD DE FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

### THE NEED TO STRENGTHEN THE HEALTH SYSTEM BEFORE THE IMPLEMENTATION OF THE VACCINE AGAINST THE HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Juan J. Montenegro-Idrogo<sup>1,a</sup>,  
Carla Young-Candia<sup>1,a</sup>, Mariana Ramos<sup>1,b</sup>

**Sr. Editor.** Las estrategias de prevención y control de cáncer de cérvix (CC), especialmente el tamizaje de Papanicolaou (PAP), han sido objeto de varios estudios que han evaluado desde su efectividad hasta su impacto cultural en poblaciones latinoamericanas <sup>(1,2)</sup>. En la actualidad, el debate está centrado en la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) como profilaxis. Si bien es difícil la implementación de la vacuna,

<sup>1</sup> Sociedad Científica San Fernando, Facultad de Medicina “San Fernando”, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Estudiante de Medicina; <sup>b</sup> médico epidemióloga  
Recibido: 25-02-13 Aprobado: 06-03-13

**Citar como:** Montenegro-Idrogo JJ, Young-Candia C, Ramos M. Necesidad de fortalecer el sistema de salud antes de la implementación de la vacuna contra el virus del papiloma humano [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):143-4.

en parte por los altos costos en relación a otras <sup>(3)</sup>, hacerlo puede ser efectivo como medida de salud pública, en especial si se introduce en regiones con alta prevalencia de CC sin excluir el control seriado de PAP <sup>(2,3)</sup>. Sin embargo, el impacto de estas estrategias se ve limitado por múltiples factores relacionados con información, cobertura, capacitación de personal, entre otras <sup>(1,2,4)</sup>.

Las limitaciones de la práctica asistencial en zonas alejadas de las grandes ciudades (como en insumos para la toma de muestras para PAP, escasa o nula estandarización de procedimientos, inadecuado entrenamiento del personal de salud, no disponibilidad de terapias apropiadas, costos elevados de las mismas, sistemas ineficientes de manejo de información y entrega de resultados) <sup>(4)</sup> dificultan el adecuado seguimiento clínico de las pacientes. Estas falencias del ámbito asistencial afectan las estrategias preventivo-promocionales, en su mayoría de primer nivel de atención, lo cual genera una falta de conocimiento en las mujeres, que se traduce en la poca adherencia e incluso el rechazo al despistaje de CC.

Ello puede explicar porqué, según las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas entre los años 1996 al 2008, solo el 50% de las mujeres se ha realizado un PAP en los últimos cinco años, con una cobertura mayor en la costa en comparación con la sierra y selva; y el 10 a 20% desconocía sobre la toma de PAP, sobre todo en grupos étnicos nativos o comunidades extremadamente pobres <sup>(1)</sup>. Para corregir esta baja aceptación de las medidas ya implementadas debemos preguntarnos si las estrategias actuales de prevención de CC en el país son efectivas, o si es necesario invertir en estrategias de prevención nuevas o más costosas.

Además, es conocida la efectividad y los beneficios potenciales de la vacuna en nuestras poblaciones, pero aún no hemos logrado hacer del PAP una medida eficiente y sostenible <sup>(1,4)</sup>. Por ello, es necesario advertir si estamos o no preparados para invertir en la implementación de una vacuna de alto costo esperando resultados eficientes en un sistema de salud que no asegura una cobertura homogénea en sus regiones.

Aún son pocos los estudios en relación a la implementación de la vacuna contra el VPH, un estudio realizado en una población limeña de estrato socioeconómico bajo demostró que empoderando a la población y brindándoles conocimientos, usando sesiones educativas de bajo costo, se lograba mayor adherencia a las intervenciones preventivas con vacuna contra el VPH <sup>(5)</sup>. Con esta experiencia se deduce que

no son suficientes las estrategias asistenciales sin el fortalecimiento e introducción de estrategias preventivo-promocionales inclusivas que las efectivicen, por lo que recomendamos considerar estas estrategias antes de la implementación de medidas más costosas como la vacuna contra el VPH.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflicto de intereses

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez C, Romani F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev Peru Epidemiol [Internet]. 2010 [citado el 20 diciembre del 2012];14(1):[11 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=203119805006#>
2. Hoppenot C, Stampler K, Dunton C. Cervical cancer screening in high- and low-resource countries: implications and new developments. Obstet Gynecol Surv. 2012;67(10):658-67.
3. Gutierrez W. La vacuna contra el virus del papiloma humano: algunas precisiones [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(4):688-99.
4. Paz-Soldán VA, Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L. Structural barriers to screening for and treatment of cervical cancer in Peru. Reprod Health Matters. 2012;20(40):49-58.
5. Levinson KL, Abuelo C, Chyung E, Salmeron J, Belinson SE, Sologuren CV, et al. The Peru cervical cancer prevention study (PERCAPS): community-based participatory research in Manchay, Peru. Int J Gynecol Cancer. 2013;23(1):141-7.

*Correspondencia:* Juan José Montenegro Idrogo

*Dirección:* Av. Arnaldo Márquez 579 Dpto. 507. Lima 11, Perú.

*Teléfono:* (511) 961072186

*Correo electrónico:* montenegroidrogo@gmail.com

Consulte la versión electrónica de la  
Revista Peruana de Medicina  
Experimental y Salud Pública en

**SCOPUS**™

[www.scopus.com](http://www.scopus.com)