

SITUACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

Dirección de Promoción y Prevención de la Salud

Programa Provincial de Oncología

Sub. Programa de Prevención
de Cáncer de Cuello Uterino

Gobernador de la Provincia

Dr. Antonio Bonfati

Ministro de salud

Dr. Miguel Ángel Capiello

Secretaria de Salud de Salud

Dr. Miguel González

**Directora Provincial de Promoción y
Prevención de la Salud**

Dra. Andrea Uboldi.

**Directora Provincial de Planificación,
Control de Gestión y Estadísticas**

Dra. Raquel Musso

**Coordinadora de Información Epidemiológica
de Información Epidemiológica**

Lic. Cecilia Moyano

Coordinadora de Información Estadística

Lic. Cristian Godoy

Responsable del Programa de Oncología

Dr. Luis Fein

Responsable del Sub Programa de Prevención de
Cáncer de Cuello Uterino

Tec. Silvina Correa

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Cecilia Moyano por la revisión y aportes realizados al informe. Al Dr. Mario Gorisito Laboratorio de Papanicolaou Zona Sur por los aportes. A la Lic. Sandra Odi por el aporte datos Laboratorio de Papanicolaou Zona Sur. A la Lic. Gimena Luque (Dir. Gral. De Estadísticas en Salud) por su colaboración. Al Lic. Cristian Godoy por su continua colaboración. A Mercedes Travignani en diseño.

A nuestros compañeros de trabajo diario en Laboratorio de Papanicolaou "Dr. Daniel Rocco", Sra. Rodríguez Carla, Sr. Villordo Juan, Sr. Lencina Fabián, Sr. Raúl A. Sosa, Lic. Mirta Hecklein, Tec. Cecilia Flamini, Tec. Jose Montijano. Tec. Sandra Vilche, Sra. Sandra Romero.

A los profesionales que diariamente trabajan en el laboratorio de Papanicolaou "Dr. Daniel Rocco". Dr. Gabriel Jeanney. Cito tecnóloga Dora Rogiano.

A los profesionales que colaboran en trabajan en el laboratorio de Papanicolaou "Dr. Daniel Rocco" Dra. Albertengo Adriana (Jefe de Servicio J.B. Iturraspe). Dra. Boccardo Nora (Servicio Anatomía Patológica J.B. Iturraspe). Dra. Elias Maria Luz (Servicio Anatomía Patológica J.B. Iturraspe). Dra. Duarte Mónica (Servicio Anatomía Patológica J.B. Iturraspe.) Dra. Olga Wunderlein ((Jefe de Servicio Anatomía Patológica Hospital J.M.Cullen), Dra. Parry María Florencia (Servicio Anatomía Patológica J.M.Cullen). Dr. Eduardo Henares (Servicio Anatomía Patológica J.M.Cullen. Dra. Eletti Monica (Servicio Anatomía Patológica J.M.Cullen), Dra. Migliore Nora (Servicio Anatomía Patológica J.M.Culle

A la Dirección General de Estadísticas en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

A la Sectorial de Informática del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe: a su Jefe de Sectorial Ing. Ricardo Vanoni , a su Jefa de Desarrollo. Sra. Ericka Von Der Thüsen, al Analista en Informática Aplicada Alejandro Sartori, a la Ing. en Sistema María José Rabellino

Agradecimiento especial a la Dra. Andrea Uboldi, Directora de Promoción y Prevención de la Salud; y Dr. Eduardo Anchart Coordinador de la Red de Laboratorio de la Provincia y al Dr. Daniel Teppaz Director Provincial de Políticas de Género e Interculturalidad en Salud, que apoyan incansablemente el trabajo.

Más allá de las barreras que afectan a los servicios de salud en cuanto a prevención de cáncer de cuello uterino; y que superan los límites del personal y del mismo, muchas de ellas podemos solucionarlas a través de simples medidas que mejorarían cuantiosamente los servicios, las actividades de tamizaje, aumentar la cobertura y lo más importante la participación de mujeres.

Es posible comprobar que los países desarrollados han logrado disminuir su incidencia y mortalidad por esta causa, merced a Programas organizados, alta cobertura y tratamiento oportuno, seguimiento y control de las mujeres positiva. Por el contrario en países en desarrollo los esfuerzos para prevenir el cáncer de cuello uterino tienen resultados limitados, los recursos financieros son escasos, las demandas son infinitas y ciertamente organizarnos es un Desafío, el que comenzamos a transitar, con la centralización de la citología en laboratorios especializados en 3 puntos de la Provincia Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto, poseer un sistema on-line propio para la carga de Papanicolaou y biopsia, realizar el seguimiento de pacientes positivas, capacitación en el interior de la provincia en la toma de pap y colposcopia, muchas tareas y gestiones que se realizan a diario para la mejorar los procesos, siempre pensando en la usuaria "La Mujer", promoviéndole el fácil acceso, la gratuidad y asegurando sus derechos a la salud.

En este sentido, la redacción de este informe constituye una contribución a los actores y referentes de distintos niveles de nuestro sistema de salud, para la toma de decisiones y el conociendo del trabajo que se realiza en forma contante.

Los últimos 3 años tenemos el privilegio de ser protagonista de cambios enorme, en la prevención y las nuevas tecnologías medicas para esta patología, las que tendremos que incorporar, capacitar e implementar para conseguir disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino, ya que cada una de las muerte acontecida por esta causa debe ser interpretada como algo que podíamos evitar.

Silvina Correa

*Sub-Programa de Prevención de Cáncer de Cuello
de la Provincia de Santa Fe*

Situación del cáncer de cuello uterino en la Provincia de Santa Fe año 2012

Ninguna mujer debería morir por cáncer de cuello uterino, una enfermedad prevenible, en la cual hay una extensa "ventana de oportunidad" para detectar y tratar las lesiones, con muy alta probabilidad de curación, y generalmente, sin comprometer la fertilidad. Existe metodología de detección de lesiones premalignas y malignas en etapa precoz. La muerte por cáncer de cuello de útero revela que la mujer no ha tenido acceso a la medicina preventiva, según estándares disponibles hoy, relativamente sencillos y económicos en su implementación. Estas son muertes evitables.

A nivel nacional existe el Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino. En la provincia de Santa Fe, por Resolución Ministerial N° 2529/85 se creó el Programa de Lucha Contra el Cáncer y por Ley 11645/98, promulgada el 26 de noviembre de 1998 (sin reglamentar), se creó el Programa de Detección Precoz del Cáncer Femenino. Este programa adhiere a los lineamientos y recomendaciones del programa nacional. El Programa de Detección Precoz del Cáncer Femenino está integrado por dos componentes:

- Subprograma de Prevención de Cáncer de Mama
- Subprograma de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino

El Subprograma de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino tiene como función implementar las actividades promoción y prevención tendientes a dar cuenta de los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

- Reducir la mortalidad por cáncer de Cuello Uterino
- Reducir la proporción de pacientes con estadios avanzados al diagnóstico
- Garantizar el tratamiento adecuado y brindar mejor calidad de vida en las pacientes con diagnóstico cáncer.

Objetivos específicos

- Fortalecer las regiones, a través de la provisión de insumos, descentralización de prácticas intermedias y capacitación que conviertan a éstas en autónomas ante la solución de problemas.
- Elaborar y difundir lineamientos sobre: toma correcta de la muestra para realizar el Papanicolaou, colocación de DIU, funcionamiento de laboratorios de citologías centralizados y recomendaciones para derivación de mujeres según resultado del Papanicolaou, entre otros.

- Elaborar informes periódicos para los trabajadores de salud que permitan conocer la problemática, tomar decisiones e implementar nuevas estrategias para aumentar la cobertura de PAP; o corregir procesos.
- Implementar campaña de sensibilización sobre el cáncer de cuello uterino y las herramientas con que contamos para disminuir su morbi-mortalidad dirigida a la población y equipos

Epidemiología del Cáncer de cuello Uterino

El cáncer de útero es el segundo tumor maligno más frecuente en mujeres en el mundo, constituyendo un importante problema de salud pública. Anualmente se reportan 500.000 nuevos casos y 274.000 muertes, el 83% de éstas ocurren en países en vías de desarrollo.

En el año 2002 las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en América Latina fueron de 28,6 y 12,9 por 100.000 mujeres respectivamente, las cuales varían geográficamente, según datos de la OMS, en América del Norte se reportan 12300 nuevos casos por año con un promedio de 4500 muertes anuales; y para América latina y el Caribe 68000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y 31400 muertes.

Argentina, al igual que en el resto de América Latina, constituye una de las regiones más afectadas por este tipo de cáncer. Las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, establecen que aproximadamente el 9% de las muertes femeninas por tumores malignos corresponden al cáncer de útero.

En el año 2009, la tasa de mortalidad por este tipo de tumor fue de 7,9 por 100.000 mujeres.

(Fuente: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino en base a datos proporcionados por la DEIS)

En la Provincia de Santa Fe, durante el periodo 2005 – 2010, 485 mujeres fallecieron por causas asociadas al cáncer de cuello de útero, siendo la tasa de mortalidad específica de 8 por 100.000 mujeres. (Anexo: Tabla 01).

1 Kasamatsu E, et al. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 4(2) Diciembre 2006: 58-63.

2 Fuente: <http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php/Globocan2008>

3 Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervico Uterino [sede Web]. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. [Fecha de acceso 25 de agosto de 2010]. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.asp>

4 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. <http://www.deis.gov.ar/>

Virus del papiloma humano (VPH)

Según la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC)/Organización Mundial de la Salud, los VPH de alto riesgo son carcinogénicos en humanos. El VPH es el agente etiológico del cáncer de cuello uterino. La carcinogénesis por los VPH de alto riesgo está sustentada en evidencias experimentales que indican que proteínas de esos virus interfieren en el control de la proliferación celular.

El VPH es altamente transmisible y la mayoría de las infecciones por este virus son transitorias y benignas, la infección genital persistente con ciertos genotipos virales, es un requisito para desarrollar lesiones precancerígenas y cáncer genital.

Si bien se conocen más de 100 tipos de virus, aproximadamente 40 pueden infectar las zonas ano-genitales de los hombres y las mujeres, como así también pueden infectar la boca y garganta. La mayoría de las personas que se infectan por el VPH no lo perciben y el mismo desaparece sin tratamiento.

El potencial oncogénico varía según el tipo de VPH, por eso se dividen de bajo y alto riesgo:

- VPHs de Bajo riesgo: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y Cp6108
- VPHs de Alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58 y 59
- Probables: 26, 53, 66, 68, 73, 82 (Muñoz et al, Vaccine 2006)

El tipo de cáncer más común causado por los VPH mucosos de alto riesgo oncogénico, es el cáncer de cuello uterino. Los demás tipos de cánceres relacionados con el VPH (de pene, de ano) son menos frecuentes. Por lo tanto, en el caso de la mujer este virus requiere de un control periódico a través de las muestras de Papanicolau (Pap) para poder detectar si –a causa de una infección persistente por VPH- existen lesiones en la mucosa del cuello del útero que pueden transformarse en precancerosas

El VPH se transmite por contacto sexual. Es un virus de muy fácil transmisión, y por lo tanto es muy común. Se estima que 4 de cada 5 personas (es decir, el 80%) van a contraer uno o varios de los tipos de VPH en algún momento de sus vidas.

5 (Human Papillomaviruses. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. International Agency for Research on Cancer (IARC-WHO) Vol64(1995).

6 (De Priest PD, van Nagell JR Jr and Powell DE. Microinvasive Cervical Cancer. Clin Obstet Gynecol 1990;33 (4):846-851). (De Priest PD, van Nagell JR Jr and Powell DE. Microinvasive Cervical Cancer. Clin Obstet Gynecol 1990;33 (4):846-851)..

Es importante saber que el virus puede permanecer "silencioso" o "latente" durante muchos años antes de que se detecte. Esto significa que una persona puede haberse infectado con el virus muchos años antes de ser diagnosticado.

Los varones contraen el VPH a través del contacto sexual, al igual que las mujeres. La mayoría de las veces la infección por VPH no presenta síntomas evidentes, y el sistema inmunológico se encarga de curarla de manera espontánea sin que la persona infectada se de cuenta. En general, los VPH de bajo riesgo oncogénico, producen lesiones verrugosas en las regiones genito-anales que varían de pequeñas pápulas, verrugas o alcanzar grandes tamaños como el de un coliflor. Las verrugas se tratan, aunque pueden recidivar, si el sistema inmunológico del paciente no elimina totalmente el VPH. Los tipos de VPH (bajo riesgo) que provocan este tipo de lesiones no provocan cáncer.

(<http://msal.gov.ar/htm/Site/vph.asp>)

Vacunación contra VPH: situación actual en América Latina y el Caribe

El cáncer cervical es causado por la infección persistente por tipos de virus oncogénicos en el ser humano; Virus del Papiloma Humano, (HPV o VPH). Dos vacunas contra el VPH se han desarrollado para proteger a las mujeres contra los dos tipos de VPH de las cepas 16 y 18 responsables del 70% de los cánceres cervicouterinos en todo el mundo. Desde 2006 Merck desarrolla la vacuna Gardasil® y laboratorios GlaxoSmithkline la vacuna Cervarix®.

En los ensayos clínicos se encontró que ambas vacunas son por lo menos 95% efectiva en la prevención contra el VPH 16 y 18.

(Fuente:<http://www.cervicalcanceraction.org/multimedia/multimedia.php>)

En los países de América Latina, la cobertura de vacunación es heterogénea registrándose diversas situaciones. En Panamá, la inmunización se implementó en octubre 2008, incluyendo a las niñas de 10 años de edad; en tanto en México, se inició sólo en algunas regiones; en el resto de los países de la región la cobertura está restringida a las niñas que acceden a los servicios de salud del sector privado.

En Argentina, a partir del año 2011, se implementó la vacunación contra el VPH para prevenir el cáncer de cuello uterino, ésta vacuna permite inmunizar a las niñas contra dos tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (los genotipos 16 y 18), responsables del mas 70% de los casos de cáncer de cuello uterino.

El plan de vacunación consta de 3 dosis para una protección efectiva. Deben vacunarse todas las niñas que cumplan 11 años de edad, es decir las nacidas durante el año 2000. El esquema consta de 3 dosis para obtener una inmunidad adecuada:

- 1ª al momento cero,
- 2ª al mes,
- 3ª a los seis meses de la primera dosis.

Es fundamental completar las 3 dosis para garantizar la efectividad de la vacuna y si existen atrasos de la dosis no se revacuna sino que se completa el esquema. (Fuente: Lineamientos técnicos y Manual del Vacunador Argentina 2011 Ministerio de Salud de la Nación; www.msal.gov.ar)

La vacunación es obligatoria y totalmente gratuita en todos los vacunatorios y hospitales del país, para el grupo objetivo. La aplicación a niñas de 11 años se eligió teniendo en cuenta que en investigaciones realizadas la vacuna demostró mayor eficacia inmunológica al ser aplicada en la preadolescencia, en nuestro país se decidió incorporarla a los 11 años aprovechando la oportunidad de aplicación junto con otras vacunas ya contempladas en el Calendario Nacional de Vacunación para esa misma edad: los refuerzos contra la Hepatitis B y la Triple Viral y además para administrar adecuadamente un recurso limitado (fuente: msal.gov.ar/htm/Site/vph.asp)

En el caso de mujeres y niñas que no estén incluidas en el plan, será necesaria la evaluación por parte de un profesional médico quien definirá cada caso en particular. La vacuna es segura y eficaz si se completan la 3 dosis necesarias (de hecho, ya se distribuyeron más de 15 millones de dosis en el mundo.)

La OMS no recomienda vacunar a los varones como medida de prevención del cáncer Cervicouterino ya que si se logra alcanzar una cobertura superior al 70% en la población destinataria principal de niñas preadolescentes son más costo-eficaces para reducir los casos de cáncer cervicouterino que las estrategias que incluyen la vacunación de mujeres y hombres (fuente: Summary of Key Points from WHO Position Paper, VPH Vaccines, 7 April 9, 2009)

Los efectos adversos son leves y similares a las otras vacunas del Calendario: fiebre, dolor o hinchazón en la zona de aplicación de la vacuna durante las 48 hs. siguientes. Todas las mujeres aunque hayan sido vacunadas deben realizarse igualmente el control ginecológico periódicamente donde no debe faltar el Papanicolaou, ya que el tamizaje permitirá maximizar la efectividad de la estrategia; pensando que la vacuna protege contra 2 de los genotipos de HPV, y la realización del mismo permite además detectar la presencia de lesiones causados por otros tipos virales o cualquier cambio en cuello uterino.

Según datos del Programa de Inmunizaciones de la Provincia de Santa Fe, hasta el mes de abril de 2012 se aplicaron en niñas nacidas en el año 2000, (24263 niñas); 19874 1º dosis, (81.9%) 13193 2da. Dosis (54.3%); y 863 3era. Dosis (3.55%); asimismo todos los departamentos de la provincia superan el 60% de la población objetivo vacunada con 1era dosis; en cuanto a niñas nacidas en el 2001; (24807 niñas) según reporte acumulado a la fecha se aplicaron 660 dosis.

En Argentina existe la Red Argentina de Laboratorios de VPH integrada por 11 laboratorios de distintas provincias, incluida la Provincia de Santa Fe, cuyo referente Nacional y Global es el INEI-ANLIS "Dr. Malbrán Buenos Aires"; siendo el objetivo principal realizar diagnóstico y prevención de la infección por VPH y sus lesiones asociadas. Como así también, estimular trabajos colaborativos, establecer centros regionales capacitados para la detección de VPH con control de calidad.

**Análisis de la mortalidad por
Cáncer de Cuello Uterino en la
Provincia de Santa Fe**

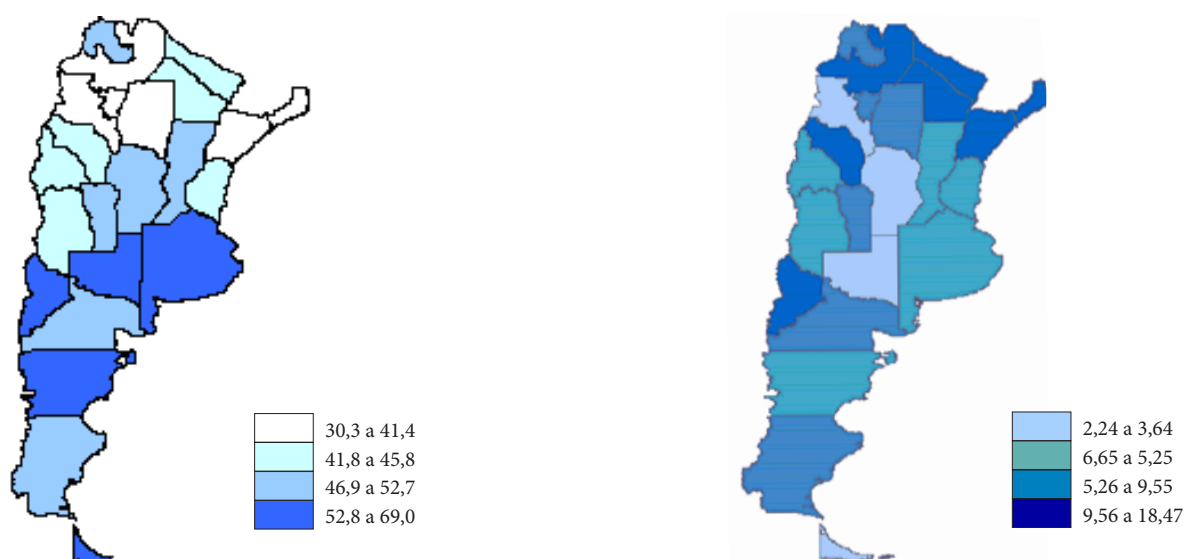
Realización de PAP y comportamiento de la mortalidad por Cáncer Cervicouterino

A nivel nacional, todas las provincias tienen una cobertura de PAP por debajo del 40%, menos Jujuy con el 51%. Sin embargo, es Catamarca la que presenta la menor tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán están en el 3º cuartil, mientras

que Salta posee la mayor tasa de la región del NOA. La relación entre esta última y La Pampa, que presentó la tasa más baja del país, es de 8,2 veces mayor riesgo de mortalidad (http://msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/pdf/nea/capitulo_4.pdf)

Mapa 1-2: Realización de PAP y mortalidad específica por cáncer de cuello uterino según provincias. Argentina, año 2005.

Cobertura de PAP (%). Mortalidad por cáncer. (Tasa ajustada por edad x100.000 hab)



Fuente: http://msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/pdf/nea/capitulo_4.pdf

Análisis de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en la Provincia de Santa Fe

La utilidad de los análisis de mortalidad radica en que, siendo la muerte un evento que le ocurrirá a todas las personas sin excepción y que el modo en que ésta acontece refleja hechos o procesos que intervienen en la vida de las personas, su dimensión colectiva permite determinar la situación de salud de una población. Asimismo la larga y extensa trayectoria del registro obligatorio de estos eventos garantiza que los datos de mortalidad representan la información de salud más confiable y de mayor cobertura.

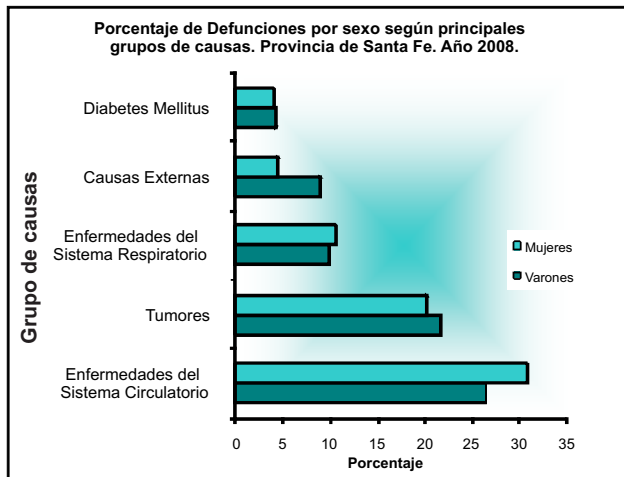
En la Provincia de Santa Fe durante el año 2008, las dos primeras causas de muerte en ambos sexos fueron las enfermedades cardiovasculares (1ra causa entre las mujeres) y los tumores (1ra entre los varones). De las 13.375 mujeres fallecidas en ese año, el 30,72% presentó alguna enfermedad cardiovascular y el 20,3% algún tipo de tumor (**Grafico II**).

Los datos de morbilidad por tumores aportados por el Registro de Cáncer de Santa Fe indican que los tumores afectan en mayor proporción a los varones; siendo la localización más frecuente el pulmón y la próstata. Entre las mujeres, las localizaciones más prevalentes son mama y cuello de útero.

Este desfasaje entre morbilidad y mortalidad por tumores malignos según sexo, sería indicativo de una situación de mayor vulnerabilidad para las mujeres, puesto que la enfermedad produce un mayor impacto fatal entre éstas cuando, en términos relativos, se enferman menos que los varones por esta causa.

En el grupo de 20 a 44 años, las defunciones por tumores son las que ocupan el primer lugar entre las mujeres y las causas externas entre los varones. Lo cual implica la importancia que adquiere la edad para analizar el comportamiento de la mortalidad por causas de muerte y la necesidad de implementar acciones de salud diferenciales. (Gráfico III).

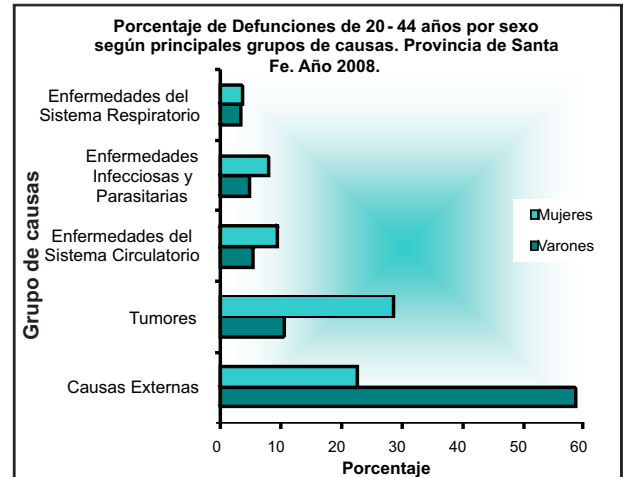
Gráfico II



Fuente: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Salud. Perfiles de mortalidad 2008 Provincia de Santa Fe

7- Registro de Cáncer de la Provincia de Santa Fe.
<http://www.santafe.gov.ar/archivos/salud/2011RECASFEBWEBcdr.pdf>

Gráfico III



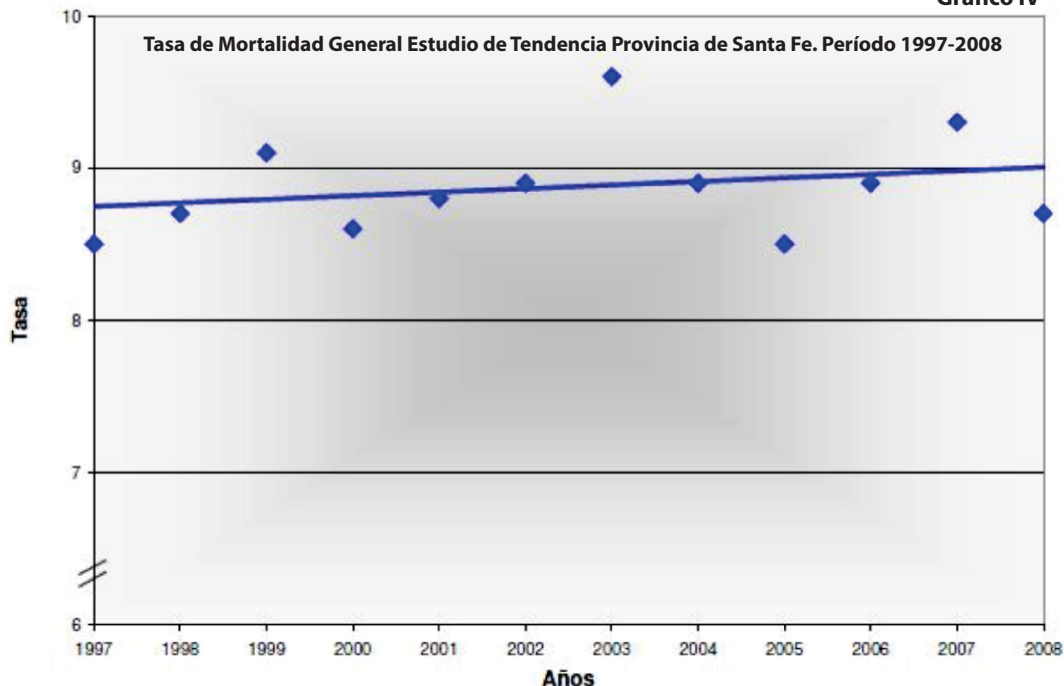
Fuente: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Salud. Perfiles de mortalidad 2008 Provincia de Santa Fe

Mortalidad General Provincia de Santa Fe

El comportamiento de la mortalidad general se mantuvo estable en la provincia de Santa Fe desde hace más de una década. Durante el periodo 1997-2008, el mayor valor de la tasa de mortalidad general se registró en el año 2003 (9,5 por cien mil habitantes); con descenso de un punto en el año 2005. (Gráfico IV)

En el año 2009 la tasa de mortalidad general en la Provincia de Santa Fe, fue de 8.5 por cien mil, en el 2010 de 9.1 por cien mil, y en el 2011 de 9.2 por cien mil habitantes (Fuente: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales.)

Gráfico IV



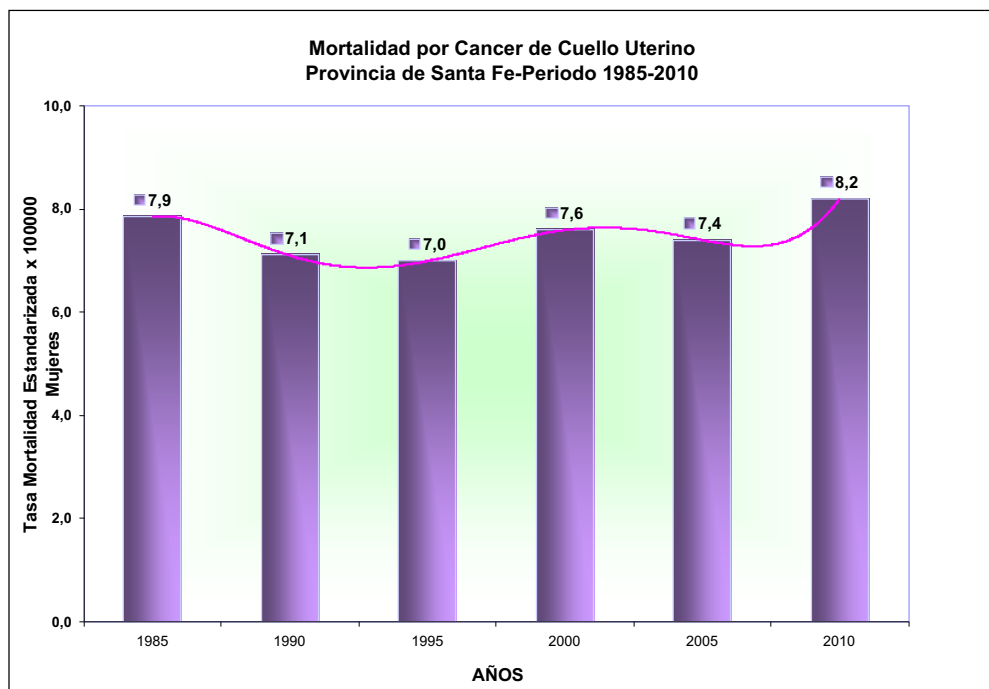
Fuente: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales.
<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/37027/188984/file/IVitales.pdf>

La tasa específica de Cáncer de Cuello de Útero en el periodo 2005-2010 en la Provincia de Santa Fe; es de 4.9 por cien mil mujeres. Presentando el valor mas alto en el año 2009 con una tasa de 6.2 por cien mil mujeres, y el menor valor en el año 2005 con una tasa de 4.4 por cien mil mujeres.

A su vez la tendencia de la tasas estandarizada de mortalidad por cuello de útero en estos últimos 25 años no muestra grandes variaciones. (Gráfico V). Lo cual implicaría que los esfuerzos realizados hasta el momento no tuvieron gran impacto en el descenso de la mortalidad por esta causa.

Razón por la cual es necesario poner mayor esfuerzo en el tamizaje de toda la población aumentando la cobertura de PAP como así también el seguimiento y control de las pacientes positivas o con resultados anómalos.

Las Tasa de mortalidad general se calcularon de la siguiente manera: año 2009 está calculada con la población estimada para dicho año del Censo 2001; la tasa del año 2010 calculada con Censo del año 2010, y la tasa del año 2011 con población censo 2010 ya que las estimación a la fecha a partir de este no está calculada por lo que es provisoria. (Fuente: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud.

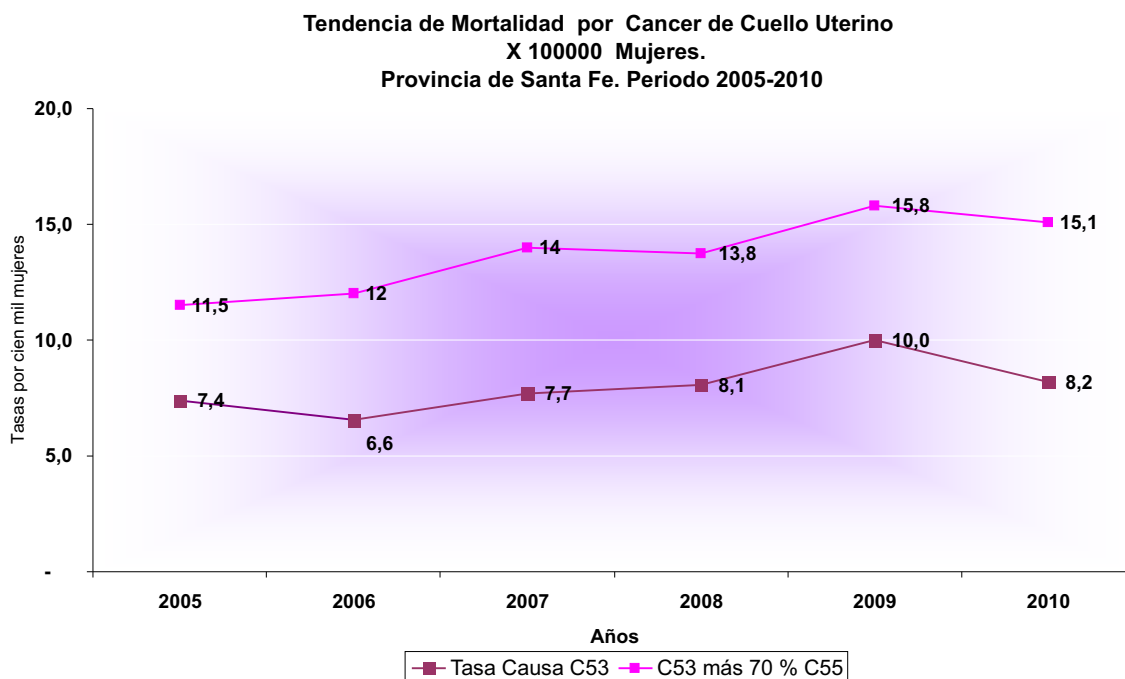
El análisis de las defunciones femeninas por cáncer en el periodo 2005-2010, permite observar que, en términos relativos, las muertes por cáncer de cuello de útero representan el 3% del total de muertes por todos los cánceres (Tabla I); cifra que permanece constante en dicho periodo. Sin embargo, el impacto poblacional que señalan las diferencias de las tasas permite apreciar variaciones.

En el año 2010 la tasa de mortalidad específica por cáncer de útero (C53) más el 70% de las muertes por útero sin especificar (C55) en el año 2010 presentó una tasa de 15,1 x 100000 mujeres; aumentó 36% respecto a la tasa del año 2005 11,5 x 100000 mujeres; así mismo la TE por cáncer de cuello de útero (C53) para el 2010 fue de 8.2 x 100000 mujeres y en 2005 de 7.4 x 100000 mujeres

aumentando para esta clasificación un 8%; lo cual estaría señalando un leve incremento que será necesario monitorear en los años sucesivos para verificar si se mantiene o se retrotrae a valores inferiores.

Cabe señalar la disparidad de las tasas de mortalidad según se considere sólo el cáncer de cuello de útero (año 2005: 7,4; 2010: 8,2) o el cáncer de cuello de útero más el agregado de los cánceres de útero sin especificar (año 2005: 11,5; 2010: 15,1).

Las defunciones cuyas causas de muerte no han sido debidamente especificadas, representan un gran desafío a resolver. (Gráfico N°VI) – Anexo:Tabla 2, 3.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud. Los códigos C53 y C55 pertenecen al Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades-Revisión 10° (CIE 10°), categorías a las que se le asigna según criterios establecidos a la mortalidad por cáncer de cuello de útero (C.53) y útero sin especificar respectivamente (C.55).

Los códigos C53 y C55 pertenecen al Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades-Revisión 10° (CIE 10°), categorías a las que se le asigna según criterios establecidos a la mortalidad por cáncer de cuello de útero (C.53) y útero sin especificar respectivamente (C.55)

Tabla N° I. Defunciones femeninas por Cáncer de Cuello de Útero.

Provincia de Santa Fe, período 2005 - 2010.

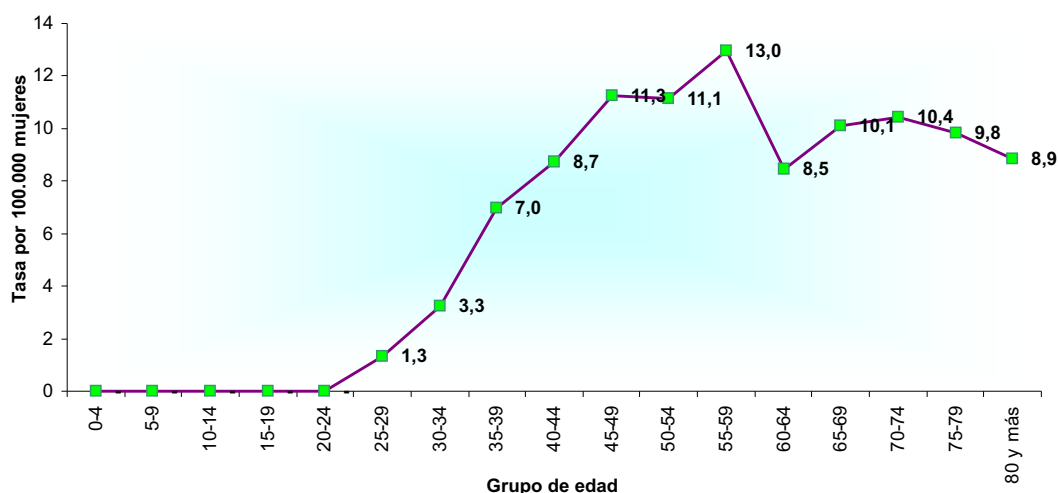
AÑO	Defunciones Totales Mujeres por Cáncer	N° Mujeres Cáncer de Cuello Uterino	%	Tasa X 1000
2005	2550	72	3	28.23
2006	2587	65	3	25.12
2007	2537	77	3	30.35
2008	2579	82	3	31.79
2009	2614	103	4	39.40
2010	2616	86	3	32.87

El comportamiento de la mortalidad por edad en el periodo 2005-2010, permite observar que las defunciones por cáncer de cuello comienzan a tener registros a partir de los 25 años; no se puede afirmar que no hayan ocurrido defunciones en edades previas. Las tasas aumentan conforme aumenta la edad de las mujeres hasta alcanzar un valor máximo en el grupo de 55 a 59 años de edad (13 por cien mil mujeres), luego descienden y se estabilizan a partir de los 65 años. El incremento más significativo se da entre los grupos de 30 a 34 (3,3) y de 35 a 39 (7,0); síntoma de las oportunidades

perdidas en mujeres que atraviesan su edad reproductiva en estrecho contacto con los servicios de salud. El mayor número de muertes (65%) se concentra en mujeres de 45 a 64 años de edad, a las cuales se pueden acceder con diferentes estrategias de captación. **(Gráfico VII).**

Gráfico VII

Tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero específica por edad por cien mil mujeres. Provincia de Santa Fe. Período 2005 - 2010



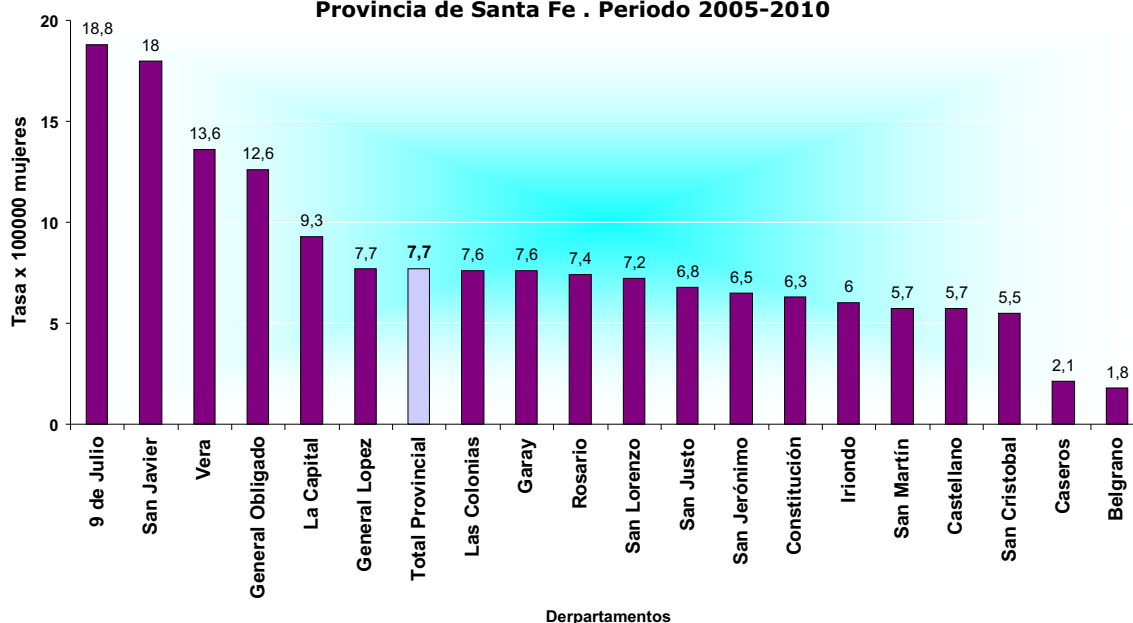
Fuente: Elaboración propia datos brindado por la Dirección General de Estadística de la Provincia.

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad según departamento de residencia habitual de la mujer muestran que el departamento 9 de julio posee la tasa más alta (18,8 por cien mil mujeres) casi tres veces la tasa de la media provincial. Le siguen en orden de frecuencia los departamentos San Javier, Vera y General Obligado, estos departamentos presentan el índice de NBI más alto y el menor porcentaje

de población con obra social. Estos indicadores permiten reflejar la heterogeneidad de la Provincia en cuanto a acceso y oportunidades, ya que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad relacionada con estos indicadores como el nivel socioeconómico, nivel de instrucción y el acceso a los servicios de salud.

Gráfico VIII

Tasa ajustada de Mortalidad por Ca. Cuello Utero x 100000 mujeres según Departamento de Residencia Habitual. Provincia de Santa Fe . Período 2005-2010



Elaboración propia datos brindado por la Dirección General de Estadística

Según datos del Registro de Cáncer, en el periodo 2003-2006, de un total de 23.585 registros de morbilidad se identificaron 1.840 casos de cáncer de cuello uterino (promedio anual de 460) en toda la provincia. Estas mujeres fueron diagnosticadas en establecimientos de salud tanto del sector público como del sector privado/obras

sociales, lo cual arrojó una tasa de notificación de 35,46 por 100.000 mujeres. Asimismo se identificaron 2.821 mujeres con cáncer de mama (promedio anual de 705). Registro de Cáncer de la Provincia de Santa Fe. <http://www.santafe.gov.ar/archivos/salud/2011RECAFSEWEBcdr.pdf>

EVALUACION DE LOS DATOS LABORATORIO DE PAPANICOLAOU

“DR DANIEL ROCCO”, Periodo 2009-2011

En el año 2009 se inauguró el Laboratorio de Procesamiento de Papanicolaou “Dr Daniel Rocco”, en instalaciones del Ex Hospital Italiano de la Ciudad de Santa Fe, con el propósito de centralizar la citología exfoliativa del cérvix “Papanicolaou”.

Esta estrategia de centralización del procesamiento de las muestras para PAP brinda universalidad, gratuidad y accesibilidad, a todas las mujeres del nodo Santa Fe y otras zonas; así mismo permite obtener la información unificada y más específica. Las muestras que se procesan en el laboratorio provienen del Nodo de Salud Santa Fe conformado por los

departamento La Capital, Norte de San Jerónimo, Sur de San Javier, San Justo y Las Colonias; presta asistencia a los departamentos 9 de Julio, Castellanos y San Cristóbal (estos últimos en forma parcial), es importante destacar que en el año 2009 comenzó dando asistencia a 64 centros, en la actualidad son mas 250 efectores que remiten muestras al Laboratorio “Dr. Daniel Rocco”.

Tabla Nº II. Muestras recibidas y procesadas durante 2009-2011

AÑO	(8) Nº de muestras recibidas[1]	Nº de muestras procesadas
2009	18.821	18.021
2010	21.114	20.745
2011	23.994	23.370
TOTAL	63.929	62.136

(8) Nº de Papanicolaou Recibidos: refiere a la cantidad de muestras recibidas hasta el 31 de diciembre de cada año de todos los efectores. Lo cual no quiere decir que fueron procesadas e informadas (Nº de Papanicolaou Procesados) ya que estas son las muestras que el 31 de diciembre fueron diagnosticadas o informadas y cargadas al sistemas.

Los valores relativos propuestos por la OMS, en cuanto a las muestras para paps insatisfactorias, HSIL y ASCUS, son menos del 10%; entre 1 y 5% y menos del 5% respectivamente.

Esto constituye unos de los indicadores de calidad de los laboratorios centralizados. Cabe destacar que año tras año el porcentaje de muestras insatisfactorias ha disminuido sensiblemente, y esto tiene que ver mayormente con la toma de muestra que va mejorando en todos los centros de salud.

En los 3 años analizados los porcentajes observados se hallan dentro de los parámetros estándares propuestos.

Tabla N° III. Análisis de Resultados por Edad, Año 2009

DIAGNOSTICOS	Grupos de Edad (años)			TOTALES	%	V.R.OMS*
	>25	25-64	<64			
ADENOCARCINOMA		2		2	0,01	
AGC-NOS	2	29		31	0,17	
ASC-H	3	23		26	0,14	
ASCUS	135	354	3	492	2,73	>5%
Ausencia Cel. Neoplásicas	4598	11478	173	16249	90,17	
Carcinoma Escamoso		6	4	10	0,06	
H-SIL	20	96		116	0,64	1-5%
Insatisfactorio	200	472	0	672	3,73	>10%
L-SIL	158	246	1	405	2,25	
Positivo Cel. Neoplásicas		16	2	18	0,10	
AIS						
Adenocar. Endometrial						
Otros Tumores Malignos						
TOTALES						

V.R.OMS*: Valores de Referencia según OMS

Tabla N° IV. Análisis de Resultados por Edad, Año 2010

DIAGNOSTICOS	Grupos de Edad (años)			TOTALES	%	V.R.OMS*
	>25	25-64	<64			
ADENOCARCINOMA						
AGC-NOS	1	22	2	25	0,12	
ASC-H		23	1	24	0,12	
ASCUS	161	412	10	583	2,81	>5%
Ausencia Cel. Neoplásicas	5349	13279	200	18828	90,76	
Carcinoma Escamoso	1	6		7	0,03	
H-SIL	7	90	1	98	0,47	1-5%
Insatisfactorio	208	487	4	699	3,37	>10%
L-SIL	203	269	1	473	2,28	
Positivo Cel. Neoplásicas	1	6	1	8	0,04	
AIS						
Adenocar. Endometrial						
Otros Tumores Malignos						
TOTALES	5931	14594	220	20745	100,00	

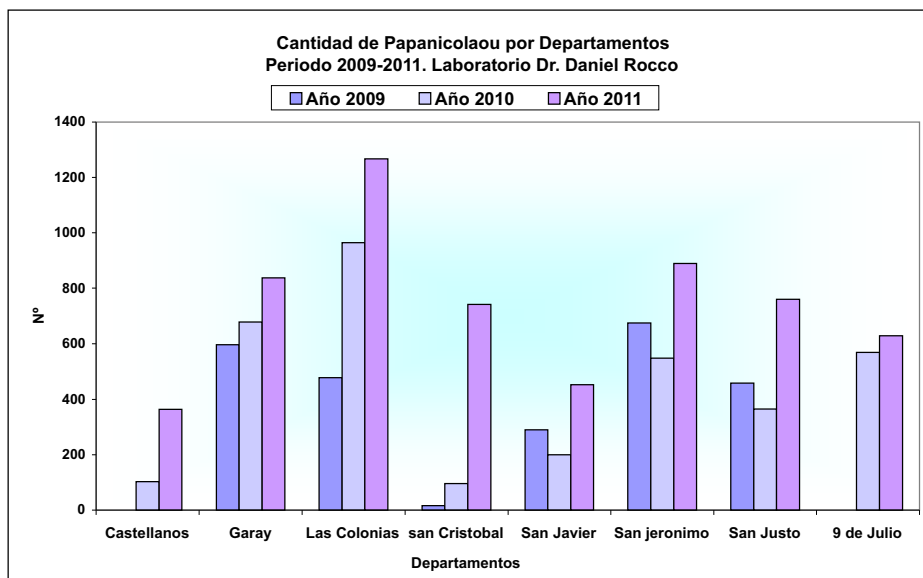
Tabla N° V. Análisis de Resultados por Edad, Año 2011

DIAGNOSTICOS	Grupos de Edad (años)			TOTALES	%	V.R.OMS*
	>25	25-64	<64			
ADENOCARCINOMA						
AGC-NOS	5	23	2	30	0,13	
ASC-H	4	19	2	25	0,11	
ASCUS	226	450	10	686	2,94	>5%
Ausencia Cel. Neoplásicas	6121	14761	230	21112	90,34	
Carcinoma Escamoso		5		5	0,02	
H-SIL	21	132	2	155	0,66	1-5%
Insatisfactorio	246	590	11	847	3,62	>10%
L-SIL	218	273		491	2,10	
Positivo Cel. Neoplásicas		13		13	0,06	
AGC	1	2		3	0,01	
AIS		3		3	0,01	
Adenocar. Endometrial						
Otros Tumores Malignos						
TOTALES	6842	16271	257	23370	100	

La evolución de la captación de mujeres en todos los departamentos del Nudo Santa Fe es creciente y se pronuncia aún más en el año 2011, año en el cual se reflejan los resultados; de la labor del equipo del laboratorio por haber visitados es este periodo, todas las subregiones realizando campañas de sensibilización a los equipos de salud, exponiendo la magnitud del problema, mostrando el trabajo al

interior de laboratorio el cual tiene la particularidad de ser puertas hacia fuera, a la información, a la asistencia a corregir procesos, fortalecer la red, la logística, y con el desafío a corto plazo de acceder a un impacto epidemiológico positivo ante esta problemática. **(Gráfico IX)**

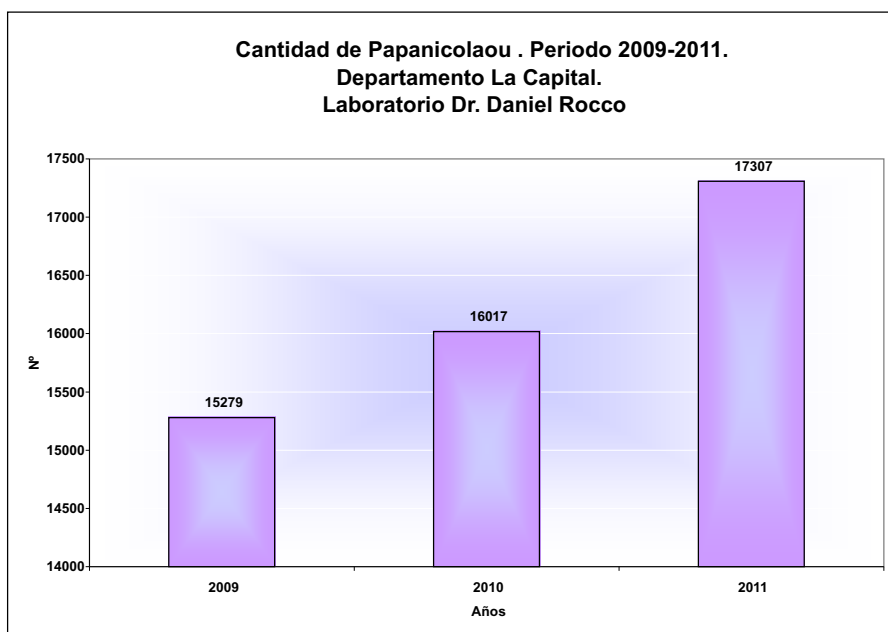
Gráfico IX



En particular, los valores anuales obtenidos para el departamento La Capital fueron más consistentes y representativos que los obtenidos para las jurisdicciones restantes. En el 1er año de funcionamiento del laboratorio

se registró un aumento del 5% de las muestras provenientes de los centros de salud localizados en La Capital; en el 2do año se obtuvo un 8% más que el año anterior, en total un 13%. **(Gráfico X).**

Gráfico X



Porcentaje de Papanicolaou en embarazadas comparado con nacidos vivos año 2011 Nodo Santa Fe (Dto. Las Colonias, La Capital, San Javier, San Justo, San Jerónimo, Garay)

El embarazo constituye un excelente momento para informar/concientizar/recomendar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen.

En este análisis, los datos son parciales ya que las muestras se cargan al sistema como "mujer embarazada" y las semanas de gestación que cursa en aquellos casos en que el dato esté indicado en la Ficha de Solicitud de Citología Exfoliativa (anexo I formularios). Se destaca que el Laboratorio de Procesamiento de Papanicolaou "Dr. Daniel Rocco", tiene muy buenos indicadores en cuanto al llenado de la solicitud después de tres años de actividad durante los cuales se corrigieron algunos procesos y se reflexionó profundamente con los profesionales sobre la importancia de cada dato consignado en las solicitudes. Por ello es importante enfatizar la satisfactoria evolución en cuanto a los datos que los profesionales consignan en las fichas.

PAP notificados en mujeres embarazadas sobre el total de nacidos vivos en establecimientos públicos según residencia habitual de la madre. Provincia Santa Fe 2010

Departamento	Nacidos vivos en establecimientos públicos	Papanicolaou Notificados	%
Garay	239	47	11,30
La Capital	4.678	614	0,58
Las Colonias	496	41	5,44
San Javier	468	29	5,77
San Jerónimo	564	116	4,79
San Justo	334	32	8,08
Subtotal	6.779	879	Promedio 13%

Fuente: Dirección General Estadística Provincia Ministerio Salud

El promedio general es 13% aproximadamente; por lo que se debe trabajar aun mas en la concientización de los equipo de salud en la toma de Papanicolaou a las mujeres embarazadas como examen de rutina.

Estos departamentos seleccionados son los pertenecientes al Nodo de Salud Santa Fe, en los cuales se pueden realizar comparaciones ya que el total de los efectores de los mismos remiten sus muestras al Laboratorio "Dr. Daniel Rocco".

Tabla N° VII. Cantidad de mujeres por grupo etáreo y cobertura pública según departamentos seleccionados, Provincia de Santa Fe, año 2010

Grupos Etáreos	La Capital	Garay	Las Colonias	San Javier	San Jerónimo	San Justo
<15 AÑOS	41393	1644	7336	2342	5856	3164
25-64 AÑOS	116172	3785	22005	5962	17131	8988
>64 AÑOS	30984	857	7060	1213	5780	2557
Total Mujeres	188549	6286	36401	9517	28767	14709
% Mujeres con Cobertura Publica	52%	67%	51%	49%	50%	50%
Mujeres con Cobertura Publica	98234	4212	18565	4663	14384	7355

El Nudo Santa Fe, en el año 2008, presentó una cobertura de Papanicolaou de 7% del total de mujeres de 15 a 64 años y de 13% de las mujeres con cobertura pública. Mientras que en el año 2011 cubrió al 24% de la población de mujeres con cobertura pública. El porcentaje óptimo a alcanzar es el 70% de la población objetivo, para acceder

así a un verdadero impacto en el descenso de la mortalidad por esta patología. Aún cuando la brecha entre lo observado y lo esperado es amplia, es notorio el avance logrado en las coberturas desde la centralización del análisis de las muestras para Papanicolaou. **(Tabla N° VIII)**

(Tabla N° VIII)

Departamentos	Mujeres con Cobertura Publica	Mujeres tamizadas 2009/2011) ¹	%	% Año 2008
La Capital	98234	31478	32	
Garay	4212	1640	39	
Las Colonias	18565	2172	12	
San Javier	4663	708	15	
San Jerónimo	7192	1802	25	
San Justo	7355	1333	18	
Promedio			24	13

Fuente : Sistema Informatico de papnicolaou SISPA "Laboratorio Dr. Daniel Rocco"

El mayor porcentaje de Papanicolaou repetidos en mujeres proviene de los establecimientos de salud ubicados en el departamento La Capital, esto podría corresponderse con la localización de los dos centros de mayor complejidad de

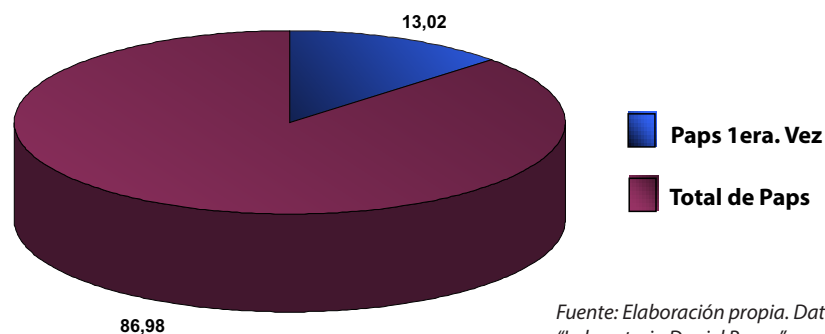
derivación de patología cervical, donde las muestras se repiten periódicamente por control y seguimiento, post-tratamiento. **(Tabla N° IX)**

(Tabla N° IX)

Departamentos	PAP realizados 2009-2011	PAP repetidos 2009-2011 ¹	%
La Capital	48663	17185	35.3
Garay	2113	473	22.3
Las Colonias	2710	538	18.8
San Javier	941	233	11.02
San Jerónimo	2113	311	14.7
San Justo	1584	251	15.8
TOTAL	58124	18991	32.6

El porcentaje de Papanicolaou por 1era vez sobre el total de mujeres que realizaron Papanicolaou, durante el periodo 2009-2011, es del 13%; el 63% corresponde a menores de 25 años, el 36% a mujeres entre 25 y 64 años y el 1% mayor de 64 años. Este porcentaje mayor de Paps tomados en mujeres menores de 25 años, puede deberse a que las mismas están incluidas en programas nacionales o provinciales, como Plan Nacer, Salud Sexual Reproductiva, Adolescencia etc., por lo que gozan de mayor control por parte de los centros de salud, que las mujeres que han pasado la fase reproductiva.

Proporcion de Paps de 1era. Vez sobre el total de mujeres que realizaron Papanicolaou .
Periodo 2009-2011- Nudo Santa Fe-



Fuente: Elaboración propia. Datos del Sistema SISPA "Laboratorio Daniel Rocco"

⁽⁹⁾ Mujeres tamizadas: son mujeres a las que se le extrae muestra de Papanicolaou.

⁽¹⁰⁾ Pap repetidos refiere: a papanicolaou que que repiten a una misma mujer por diferentes circunstancias

⁽¹¹⁾ Pap por primera vez: corresponde a la primera toma de Papanicolaou que se le realiza a la mujer y que es indicada en la FSCE por el profesional.

NODO RECONQUISTA

El Nodo de Salud Reconquista conformados por los Departamentos Gral. Obligado, Vera y Norte del Departamento San Javier. El Nodo cuenta con el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Referencial "Olga Stucky" que concentra los Papanicolaou de la región.

El Laboratorio cuenta con una medica con especialidad en anatomía patológica; una técnica (enfermera), y 2 secretarias administrativas.

Este laboratorio comenzó a utilizar en mayo del 2009 el sistema para carga de Papanicolaou, Neosipap, en el año 2011 comenzó a utilizar conjuntamente con el laboratorio de Santa Fe "Dr. Daniel Rocco" el sistema informático del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe SISPA, el cual es on-line, y nos permite unificar no solo el criterio de lectura e informar las muestras sino también contar con estadística en forma rápida y sencilla de los distintos efectores que conforman las subregiones de los distintos nodos.

El método de coloración de las muestras es Papanicolaou.

Tabla Nº X. Muestras recibidas y procesadas durante 2009 -2011

AÑO	PAPS RECIBIDOS	PAP PROCESADOS
2009	2122	2119
2010	3184	3181
2011	4894	4893
TOTAL	10200	10193

Porcentaje de Mujeres que realizaron 1er Papanicolaou

Nodo Reconquista -Periodo 2009-20

Mujeres que realizaron 1er PAP según FSCE ¹ -Periodo 2009 -2011-Nodo Reconquista		
EDAD	Nº PAP	%
<25 años	1018	45,6
25-64 años	1203	53,9
>64 años	12	0,5
Totales	2233	100,0

Nº de Papanicolaou Recibidos: refiere a la cantidad de muestras recibidas hasta el 31 de diciembre de cada año de todos los efectores. Lo cual no quiere decir que fueron procesadas e informadas (Nº de Papanicolaou Procesados) ya que estas son las muestras que el 31 de diciembre fueron diagnosticadas o informadas y cargadas al sistemas.

FSCEC: Ficha de Solicitud de Citología Exfoliativa (anexo I formularios)

Gráfico XI Porcentaje de Papanicolaou 1era vez .Periodo 2009-2011. Nodo Reconquista

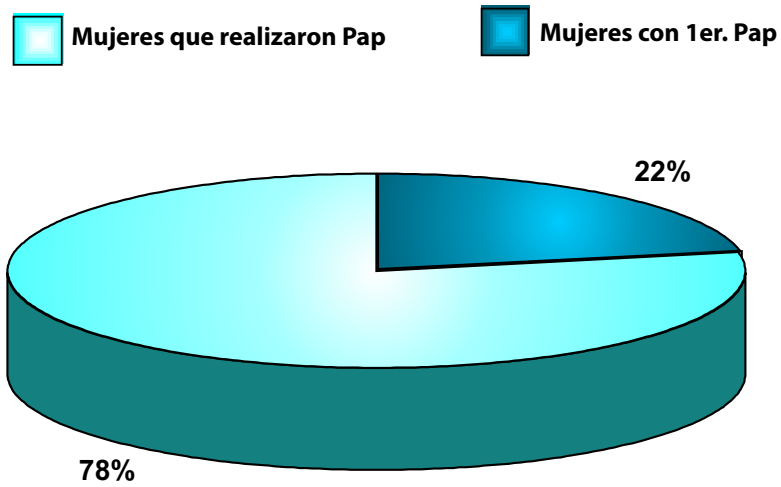
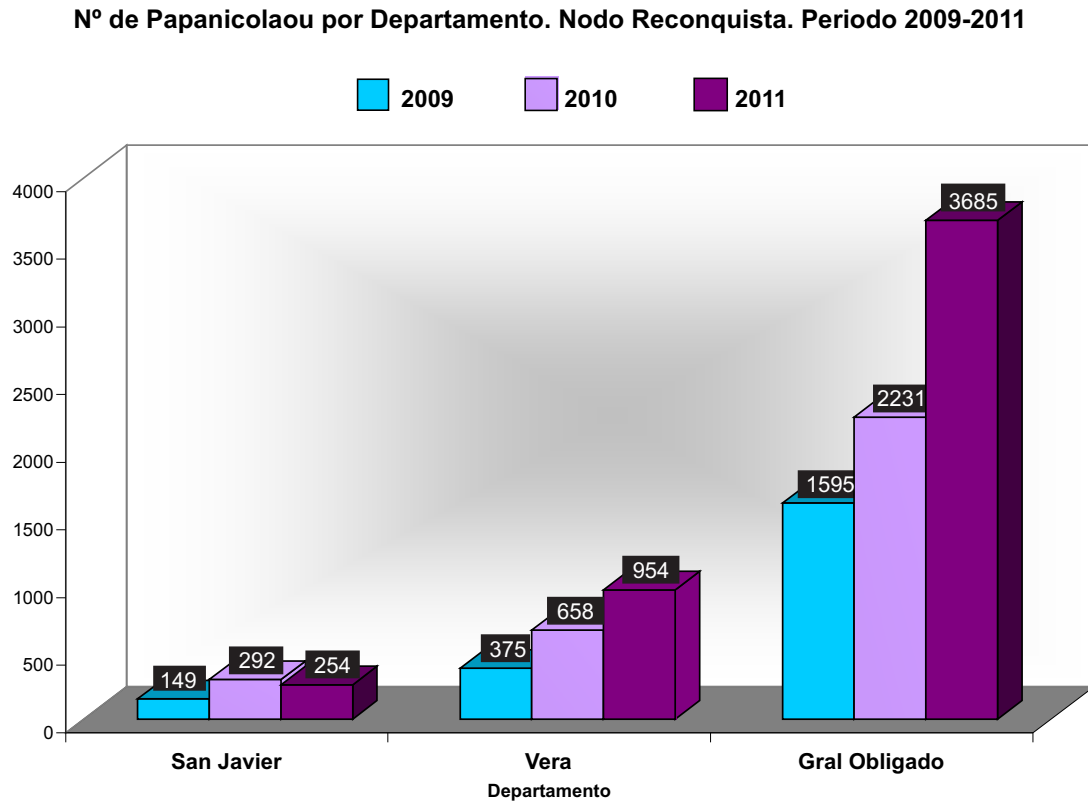


GRÁFICO XII: N° de Papanicolaou por Departamento. Nodo Reconquista. Período 2009-2011



NODO ROSARIO

Considerando que el carcinoma de cuello uterino ocupa el segundo lugar como causa de muerte en mujeres por neoplasias malignas, y que es un importante problema de salud pública por alta tasa de mortalidad en algunos departamentos de la provincia, y en la línea de la centralización de los laboratorio de citología cervical, para constituir centros especializados, con controles de calidad, alta calidad de información, y de diagnóstico. Es necesario que el estado promueva acciones que faciliten a la población el acceso, la gratuidad, universalidad y eficacia de los servicios involucrados en la prevención del cáncer cervicouterino, el 4 de mayo de 2011 se firma el Convenio de colaboración entre Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario, y por el "Decreto N° 1329/11" se crea el Laboratorio Central para remisión y

Procesamiento de muestras de Papanicolaou Región Sur; como referentes de centros municipales y provinciales del Nodo Rosario. Este comienza a funcionar en junio del 2011 con capacitación a los centros de atención primaria de la ciudad de Rosario y Sub. Región San Jerónimo Sur, Iriondo este y San Lorenzo Norte, en cuanto a los formularios de envío y logística de distribución y remisión de las

muestras. El Laboratorio Zona Sur funciona en el 2do piso del Centro Municipal de Promoción de la Salud Moreno 960 de la ciudad de Rosario. En su primera etapa recibe muestras de las distintas subregiones que se van sumando a medida que se va capacitando y según capacidad operativa.

El laboratorio Regional Zona Sur recibe además 2600 muestras mensuales de los centro de atención primaria de la salud "Hospital Sáenz Peña" Peña y Hospital "J.B.Alberdi" perteneciente a la Municipalidad de Rosario, están son ingresadas al sistema y se envían al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Carrasco para su procesamiento e impresión de resultado; los cuales luego son nuevamente distribuidos por el laboratorio Regional Zona Sur.

A continuación se adjunta tabla con cantidad de Papanicolaou realizados por distrito, cabe aclarar que en el mes de marzo del corriente año el laboratorio comenzó a utilizar las mismas tablas para resultado que el laboratorio "Dr. Daniel Rocco" por lo que la evaluación en conjunto la podremos realizar a partir de este año.

Cantidad de Papanicolaou por Subregión Nodo Rosario Año 2011

DISTRITOS Y SUBREGIONES	Nº PAP AÑO 2011
Distrito	Cantidad Papanicolaou
Oeste Ciudad de Rosario	2124
Sudoeste Ciudad de Rosario	543
Sur de la Ciudad de Rosario	976
	3643
Sub Región Rosario y San Lorenzo Sur	Cantidad Papanicolaou
Villa Gobernador Gálvez	1050
Acebal	172
Álvarez	60
Arroyo Seco	286
TOTAL	1568
Sub Región San Jerónimo Sur -Iriondo Este y San Lorenzo	Cantidad Papanicolaou
San Genaro	102
San Lorenzo	209
Samco Maciel	54
TOTAL	365
Sub Región Casilda -Chabas-Arteaga	Cantidad Papanicolaou
Casilda	300
TOTAL	300
Sub Región rosario Noroeste	Cantidad Papanicolaou
Cacaraña	31
Samco Roldan	71
San Jeronimo Sur	2
Samco de Funes	77
TOTAL	181
Sub Región Ciudad de Rosario Norte	Cantidad Papanicolaou
Capitan Bermúdez	106
TOTAL	106
Sub Región Dto. Constitución	Cantidad Papanicolaou
Máximo Paz	57
Villa Constitución	265
TOTAL	322
Apoyo a Campañas de Prevención Cáncer Cervicouterino	
Armstrong	111
Firmat	76
TOTAL	187
Control de calidad al Laboratorio Hospital Reconquista	100

Evaluación de los Resultados

Resultados	Nº	%
Ausencia de células neoplásicas	6437	95,07
ASC-US	175	2,58
ASC- Probable Sil	18	0,27
CARCINOMA	1	0,01
LSIL	66	0,97
ASC-H	7	0,10
HSIL	16	0,24
INSATISFACTORIO	51	0,75
Total*	6771	100,00

Fuente: Laboratorio Regional Zona Sur

*Total 6772 muestras procesadas durante el año 2011.*La diferencia a se refiere a un cepillado endometrial.

Se procesaron además, 1191 muestras provenientes del 2do nivel de atención del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario (C.E.M.A.R) correspondientes a citologías cérvico-vaginales y tomas biópsicas del tracto genital inferior femenino.

En cuanto al número total de muestras que se procesan entre el Hospital del Centenario y Hospital Baigorria de Rosario arroja un promedio de 20.000 muestras anuales.

Cabe destacar, que en el año 2010 antes de la apertura del Laboratorio Regional Sur , el Servicio de Anatomía Patológica perteneciente al Hospital Provincial de Rosario

procesaba unas 12000 muestras anuales de efectores pertenecientes al Nodo Rosario y propias del hospital. Actualmente, dicho servicio procesa las citologías cervicales únicamente provenientes del 2do nivel del servicio de ginecología, las mismas para no perder información a partir del 2 de mayo de 2012, se cargan en el sistema informático SISAP, la coloración es diferente se procesan con el método HyE (Hematoxilina – Eosina). El Laboratorio de Anatomía Patológica perteneciente al Hospital Municipal Intendente Carrasco procesa 25000 muestras anuales aproximadamente.

NODO RAFAELA

El Nodo Rafaela conformado por los departamentos Castellanos, San Cristóbal y 9 de Julio , cuenta con un servicio de anatomía patológica, en el Hospital Referencial "Jaime Ferre", el cual procesa aproximadamente 2200 muestras anuales; provenientes de los centros periféricos del área del Hospital Referencial. Cabe aclarar que el Laboratorio "Dr. Daniel Rocco" Nodo Santa Fe, como se enunciaba anteriormente brinda servicio a esta región absorbiendo muestras provenientes de la localidades de Frontera, María Susana, Angélica, Josefina y Estación Josefina del Departamento Castellanos, las muestras provenientes del SAMCO San Cristóbal, SAMCO de Suardi del Departamento San Cristóbal, y las muestras provenientes del SAMCO de Villa Minetti,

Caps Los Bretes, Caps María Teresa de Calcuta y Hospital de Tostado del Departamento 9 de Julio.

El Programa de Oncología y el Nodo de de Salud Rafaela, están trabajando en forma conjunta con el propósito de presentar el sistema informático SISAP; que este se utilice

en el laboratorio de anatomía patológica del Hospital Jaime Ferre, para la carga de los Papanicolaou que estos procesan; con lo cual todos los nodos accederían a información en cuanto a historial de Papanicolaou de las mujeres independientemente donde esta decida realizar sus controles.

NODO VENADO TUERTO

En el Nodo Venado Tuerto se abrirá en el mes de junio del corriente; el Centro Regional de Papanicolaou "Venado Tuerto", el cual procesara todas las muestras provenientes del los Departamentos General López y Sur de Caseros; actualmente las muestras provenientes del la ciudad de Venado Tuerto son procesadas en el "Hospital Alejandro Gutiérrez" (1080 aproximadamente por año) el cual cuenta con un servicio de anatomía patológica y las provenientes de las otras localidades del la Región (1800 año 2011) se procesan en el Nodo donde funcionara el Centro Regional Venado Tuerto.

Desafíos a corto plazo:

Incorporar los departamentos Belgrano, Iriondo, San Martín y Casero Norte del Nodo Rosario, en forma paulatina al Laboratorio Regional Zona Sur ya que en la actualidad resuelve medianamente ésta práctica a través de campañas.

- Concretar los controles de calidad interno y externos de los laboratorios de citologías centralizados
- Aumentar la cobertura con papanicolau en toda la Provincia.
- Incorporar nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino.

GLOSARIO

PAP: Papanicolaou

FSCE: Ficha de Solicitud de Citología Exfoliativa

VPH: Virus del papiloma Humano

Tamizaje: el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas (OMS)

C53 C54 : categorías a las que se le asigna según criterios establecidos a la mortalidad por cáncer de cuello de útero (C.53) y útero sin especificar respectivamente (C.55) según la Clasificación internacional de Enfermedades, décima versión CIE 10°.

RECASFE: Registro de Cáncer de Santa Fe

ASC: Células escamosas atípica

ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado

ASC-H: Células escamosas atípicas no puede excluirse HSIL.

L-SIL: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado

H-SIL: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado

AGC: Células glandulares atípicas

AGC-NOS: Células glandulares atípicas de origen no especificado

AIS: Adenocarcinoma endocervical in situ