

# ADHERENCIA A PROGRAMAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE CÁNCER EN PACIENTES ADULTOS MAYORES Y PRINCIPALES BARRERAS: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

## ADHERENCE TO CANCER SCREENING PROGRAMS IN ELDERLY PATIENTS AND MAIN BARRIERS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Federico Sena  0009-0006-1307-4860,<sup>1</sup> Gisela Vargas  0009-0007-9695-7745,<sup>1</sup> María Pía Izaguirre  0000-0001-9155-4524,<sup>1</sup> Mariano Ghirlanda  0009-0005-6102-6348,<sup>1</sup> Diego Caruso  0000-0003-2981-7981<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La detección temprana de determinados tipos de cáncer se asocia a mejores resultados clínicos y disminución de la mortalidad; sin embargo, la adherencia a los programas vigentes no suele ser óptima. Nos proponemos evaluar el grado de conocimiento sobre la detección temprana de cáncer y la adherencia a los distintos programas vigentes en personas mayores. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio de corte transversal entre julio de 2022 y abril de 2023 donde se incluyeron adultos mayores de 60 años que aguardaban ser atendidos en las salas de espera de consultorios ambulatorios adheridos al Hospital Dr. César Milstein. El muestreo fue no probabilístico. Se recabaron datos sociodemográficos y se les realizó una encuesta sobre el grado de conocimiento acerca de las estrategias de detección temprana de cáncer disponibles y se les consultó si realizaron alguna vez los estudios propuestos. El resultado primario fue la tasa de adherencia a los programas vigentes. Se los clasificó en adherentes totales (estudios realizados según las guías actuales), adherentes irregulares (alguna vez realizó estudios) y no adherentes (nunca realizó estudios). Se realizó un modelo de regresión logística ordinal para evaluar los predictores de la adherencia al programa de detección incluyendo la edad (por cada año), sexo y nivel educativo (primaria, secundaria o mayor). **Resultados.** Se entrevistó a 236 personas mayores. De ellas, 116 (49%) tenían conocimiento de que el cáncer es una enfermedad potencialmente prevenible. Con mayor frecuencia identificaron el cáncer de mama, seguido del de próstata y de pulmón. Las tasas de adherencia total, irregular y no adherencia para el cáncer de pulmón fueron del 11,7% ( $n = 4$ ), 35,2% ( $n = 12$ ) y 52,9% ( $n = 18$ ); para el cáncer de colon fueron 18,2% ( $n = 30$ ), 18,2% ( $n = 30$ ) y 63,6% ( $n = 105$ ); para el cáncer de mama, 30% ( $n = 21$ ), 47,1% ( $n = 33$ ) y 22,8% ( $n = 16$ ), y para el cáncer de cérvix, 80% ( $n = 20$ ), 16% ( $n = 4$ ) y 4% ( $n = 1$ ). En los adultos varones menores de 70 años, 46 de 72 (63,9%) declararon haberse realizado la prueba de antígeno prostático (PSA, su sigla en inglés) y 22 (30,5%) lo hicieron anualmente. En los pacientes que cumplían con los criterios de *screening*, menor edad y mayor nivel educativo se asociaron a mayores tasas de adherencia en el cáncer de mama (razón de posibilidades [OR, su sigla en inglés] = 0,82, intervalo de confianza [IC] del 95% = 0,73-0,92 y OR = 2,93, IC del 95% = 1,04-8,19), mientras que una mayor educación se asoció a mayor adherencia en el caso del cáncer de colon y de pulmón (OR = 2,42, IC del 95% = 1,21-4,85 y OR = 30,52, IC del 95% = 1,89-494,02). **Conclusiones.** La tasa de adherencia total a programas de detección temprana fue alta para el cáncer de cuello uterino y próstata (mayores al 63%) y baja para el cáncer de mama, colon y pulmón, con tasas menores al 30%. Esta baja adherencia coincidió con lo informado en otras partes del país. El principal motivo de la no realización de estudios fue que el médico no los solicitó, y el menor nivel educativo y la mayor edad son variables que se asocian a la menor adherencia a los programas de rastreo vigentes.

**PALABRAS CLAVE.** Detección temprana de cáncer, programas de rastreo oncológico, tasas de adherencia.

### ABSTRACT

**Introduction.** Early detection of specific types of cancer is linked to improved clinical outcomes and reduced mortality; however, adherence to existing programs often falls short. We aimed to assess the level of knowledge on early cancer detection and adherence to various screening programs among older individuals. **Materials and methods.** A cross-sectional study was conducted from July 2022 to April 2023 on adults aged 60 and older awaiting treatment in the outpatient clinics affiliated with Dr. César Milstein Hospital. The sampling method used was non-probabilistic. Sociodemographic data were gathered, and a survey was administered to assess the awareness of available early cancer detection strategies. Participants were also asked if they had ever undergone recommended screenings. The primary outcome was the adherence rate to existing programs, categorized as total adherence (following current guidelines), irregular adherence (having undergone studies at any point), and non-adherence (never having undergone studies). An ordinal logistic regression model was employed to examine predictors of adherence to screening programs, including age (per year), gender, and educational level (primary, secondary, or higher). **Results.** A total of 236 older adults were interviewed, with 116 (49%) recognizing cancer as a preventable disease. Breast cancer was most frequently identified, followed by prostate and lung cancer. Adherence rates for lung cancer were 11.7% (n = 4), 35.2% (n = 12), and 52.9% (n = 18) for total, irregular, and non-adherence, respectively. Similar rates were observed for colon cancer (18.2%, 18.2%, and 63.6%) and breast cancer (30%, 47.1%, and 22.8%). Cervical cancer showed higher total adherence at 80% and lower irregular and non-adherence rates. Among male adults under 70, 63.9% reported having undergone a PSA test, with 30.5% doing so annually. Younger age and higher education correlated with increased adherence to breast cancer (OR = 0.82, 95% CI = 0.73-0.92) and to colon and lung cancer (OR = 2.42, 95% CI = 1.21 - 4.85, and OR = 30.52, 95% CI = 1.89-494.02). **Conclusions.** Total adherence to early detection programs was high for cervical and prostate cancer (>63%) but low for breast, colon, and lung cancer (<30%). This is coherent with low adherence rates reported in other regions. The primary reason for non-adherence was the lack of medical prescription. Lower education and older age were associated with reduced adherence to existing screening programs.

**KEY WORDS.** Early detection of cancer, screening programs, adherence rates.

## Introducción

El cáncer representa un problema de salud frecuente y de gran impacto a nivel mundial, por lo que la implementación eficiente de programas de detección sistemática de algunos cánceres resulta de especial importancia para poder brindar un tratamiento oportuno y de esta manera reducir la mortalidad.

La prueba de detección sistemática o cribado es una medida de prevención que consiste en realizar pruebas diagnósticas a sujetos que a priori se consideran sanos, a fin de detectar posibles patologías de forma temprana.

Los métodos de *screening* detectan anomalías previas a que sean clínicamente evidentes, lo que permite la intervención antes de que se desarrolle el cáncer o en una etapa temprana, en la que el tratamiento suele ser eficaz. Existen diferentes asociaciones científicas con similares recomendaciones a nivel mundial sobre qué métodos utilizar y sus intervalos.

La tasa de casos nuevos de cáncer (incidencia de cáncer) es de 442,4 por 100.000 hombres y mujeres por año (según los casos de 2013 a 2017).

La tasa de muertes por cáncer (mortalidad por cáncer) es de 158,3 por 100.000 hombres y mujeres por año (según las muertes de 2013 a 2017) (1).

En la Argentina la tasa de incidencia de cáncer ajustada por edad durante 2020 fue de 212,4 casos por 100.000 habitantes, cifra que posiciona a la Argentina como uno de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta (rango: 181,1 a 248,3 por 100.000 habitantes) (2).

Durante 2020 los tumores representaron la segunda causa de mortalidad (19,02%) en relación con el total de muertes en nuestro país, precedidos por las enfermedades del sistema circulatorio (28,46%) y seguidos por enfermedades del sistema respiratorio (18,14%) (3).

La distribución de los casos según los principales sitios tumorales fueron, en orden de frecuencia, mama, colon y pulmón.

Tomando de referencia a la U.S. Preventive Services Task Force (US PFTS) (4), la recomendación sobre los cánceres que tendrían indicación de ser rastreados incluyen el cáncer de mama, el colorrectal, pulmón, cuello uterino y próstata. En nuestro país el Ministerio de Salud contempla programas de detección sistemática de cáncer de mama, colon, próstata y cérvix.

Respecto al cáncer de mama, es la neoplasia maligna que se diagnostica con mayor frecuencia en todo el mundo, con más de dos millones de casos por año, y es también la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo.

En la Argentina durante 2019 la incidencia fue de 22.024 casos y la tasa ajustada de mortalidad fue de 16,93 defunciones por cada 100.000 mujeres (5).

El Ministerio de Salud de nuestro país recomienda que todas las mujeres de 50 a 69 años se realicen al menos una mamografía cada dos años junto a un examen físico de las mamas por parte de un profesional de la salud.

Con respecto a la detección sistemática, la USPSTF recomienda una mamografía bienal para las mujeres de 50 a 74 años, y según la guía nacional de la Sociedad de Mastología debe hacerse de forma anual a partir de los 40 años de edad (6).

El cáncer de pulmón es el segundo más frecuente en los Estados Unidos, y la principal causa de muerte independientemente del sexo. Por sí solo, causa tantas muertes como los cánceres de próstata, colon y mama juntos (7).

En 2020 en la Argentina este tumor ocupó el tercer lugar en incidencia con 12.110 casos nuevos, correspondiendo al 9,3% del total de tumores. En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad específica por cáncer de pulmón ajustada por edad correspondió a 21,26 defunciones por cien mil varones y 9,34 defunciones por cien mil mujeres (2).

Las estrategias de rastreo según USPSTF de 2021 recomiendan la detección anual del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja en adultos de entre 50 y 80 años con historial de tabaquismo de 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. Los exámenes de detección deben suspenderse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema de salud que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.

El cáncer colorrectal (CCR) constituye a nivel mundial el tercer cáncer más comúnmente diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres, según la Organización Mundial de la Salud.

El número de casos nuevos de este tumor durante 2020 en nuestro país fue de 15.895. En cuanto a la mortalidad, se observó un comportamiento diferente según el sexo entre 2002 y 2019, con una mortalidad específica ajustada por edad de 13,59 defunciones cada 100.000 varones y 8,98 defunciones cada 100.000 mujeres (2,8).

Los programas de detección sistemática del Ministerio de Salud de la Nación recomiendan la detección sistemática en todas las personas de 50 a 75 años aunque no tengan síntomas. Los métodos recomendados son el test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico (tsomfi) y la colonoscopia.

A partir de los 50 años se recomiendan los exámenes para detectar cáncer colorrectal (CCR) en la población de riesgo

promedio, o sea, asintomática, sin factores de riesgo o con antecedentes de CCR o adenomas en un familiar de segundo o tercer grado o en un familiar de primer grado mayor de 60 años o en dos familiares de segundo grado. Hasta los 75 años se debe incluir un test anual de sangre oculta en materia fecal con Guayaco; una prueba anual inmunoquímica de sangre oculta en materia fecal; test de mutaciones del ADN en materia fecal; colon por enema de bario con doble contraste; rectosigmoideoscopia flexible cada cinco años; o videocolonoscopia cada diez años (9).

El cáncer de próstata (CP) es el segundo cáncer más común en hombres en todo el mundo, según la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El CP es la neoplasia más frecuente en varones de países desarrollados y su mortalidad se sitúa por detrás del cáncer de pulmón y el colorrectal. El número estimado de casos nuevos de CP en la población en general en 2020 en todo el mundo ascendía a 1.414.259 (7,3%) (10).

La recomendación para este cáncer es más discutida, dada la evidencia controvertida respecto de los beneficios de reducción de la mortalidad. Según la USPSTF de 2018 se recomiendan programas de detección basados en PSA en hombres de 55 a 69 años, y según el Ministerio de Salud de la Nación, podría realizarse examen de tacto digital más PSA a mayores de 50 años pero de forma individualizada.

Respecto del cáncer cervicouterino, el número estimado de casos nuevos durante 2020 en el mundo fue de 604.127 (11).

Se estima que cada año se diagnostican en nuestro país alrededor de 4500 casos nuevos y 2000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad. Afecta principalmente a mujeres de bajos recursos socioeconómicos que por diversas razones (como barreras geográficas, culturales y económicas) no acceden a las estrategias de tamizaje.

La incidencia de cáncer estimada por la Agencia Internacional de Investigaciones sobre Cáncer (IARC, su sigla en inglés) en la Argentina en 2020 fue de un 3,5% con un total de 4583 nuevos casos, y la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en nuestro país durante 2019 fue de 7,87 defunciones por 100.000 mujeres (12).

Para el rastreo del cáncer de cérvix, se recomienda el Papanicolaou (PAP) a las mujeres entre los 30 y 65 años. Si durante dos años seguidos el PAP da negativo, se puede espaciar a tres años. El riesgo de cáncer de cuello de útero aumenta con la edad y es mayor en las mujeres de más de 50 años, por lo que es importante que las mujeres después de la menopausia se realicen este estudio (12,13).

En la población de mujeres de 21 a 65 años la USPSTF recomienda la detección sistemática del cáncer de cuello uterino cada tres años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, recomienda la detección cada tres años con citología cervical sola, cada cinco años con la prueba del virus del papilo-

ma humano de alto riesgo (hrHPV, su sigla en inglés) sola o cada cinco años con la prueba del hrHPV en combinación con la citología (prueba simultánea).

Si bien se demostró que la detección temprana de determinados cánceres se asocia a mejores resultados clínicos y disminución de la mortalidad, los beneficios de la detección sistemática no se reflejan de manera uniforme en los diferentes grupos de la población. Existen múltiples obstáculos para la adherencia a los programas de detección sistemática como barreras geográficas, sexuales o de género, creencias religiosas, socioculturales, carga comórbida, percepciones psicológicas relacionadas con el proceso diagnóstico, barreras de comprensión sobre los beneficios de la detección sistemática, barreras logísticas de acceso al sistema de salud, cobertura entre otros (14).

Resulta de especial interés conocer la magnitud de esta problemática en nuestro país y es por eso que el objetivo del presente protocolo es evaluar el grado de conocimiento sobre la detección sistemática de cáncer, la adherencia a los distintos programas y las principales barreras para el acceso de la población de los adultos mayores.

## Métodos

Se realizó un estudio de corte transversal en salas de espera de consultorios ambulatorios adheridos al Hospital Dr. César Milstein, hospital universitario ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, que es administrado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital.

Entre julio y noviembre de 2022, se invitó a participar a adultos mayores de 60 años, afiliados a PAMI, que concurrían a centros ambulatorios adheridos al Hospital Dr. César Milstein. Fueron excluidos los pacientes que se negaran a participar o que tuvieran limitaciones de lenguaje.

## Recolección de datos

Entrevistadores entrenados realizaron las encuestas donde se recabaron datos sociodemográficos como edad, sexo, años de educación (primaria/secundaria/terciario o universidad). Se consultó si tenían algún médico de cabecera y la distancia desde su domicilio al mismo. Se confeccionó una encuesta para determinar el grado de conocimiento acerca de las estrategias de detección sistemática oncológicas disponibles, la tasa de adherencia a dichos programas y los principales motivos de la no realización de los estudios propuestos para tal fin.

El resultado primario fue la tasa de adherencia a los programas de detección sistemática vigentes. La misma fue

categorizada en tres: 1) no adherentes (NA): personas que nunca realizaron ningún método de detección sistemática; 2) adherentes irregulares (AI): personas que participaron un número de veces inferior al indicado (participantes ocasionales); 3) adherentes totales (AT): personas que participaron tantas veces como fueron invitadas (siguen las recomendaciones del cribado del cáncer consultado).

Los programas de detección sistemática utilizados en este protocolo para el cáncer de pulmón fueron las estrategias de rastreo según USPSTF de 2021; para el cáncer de colon, mama y cérvix, se utilizaron los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación.

## Análisis estadístico

Se realizó una estadística descriptiva. Las variables categóricas se expresaron como números absolutos y proporciones. Las diferencias en las variables categóricas se compararon usando test Chi cuadrado. Las variables continuas se describieron acorde a la distribución de los datos. Se utilizó media, desvío estándar o mediana y rangos intercuartílicos. Posteriormente se construyeron cuatro modelos multivariados mediante regresión logística ordinal para evaluar el efecto independiente de los predictores demográficos y culturales en el cumplimiento de los programas de detección sistemática seleccionados.

## Tamaño muestral

Para una frecuencia anticipada de falla de detección sistemática global del 30%, estimada con una precisión de +/-6% y un intervalo de confianza del 95%, se estimó que se requirieron 225 participantes.

## Resultados

En julio de 2022 y mayo de 2023 se invitó a participar a 275 pacientes, de los cuales 236 dieron su consentimiento para responder la encuesta.

## Características basales de los participantes [tabla 1]

La edad promedio fue de 70 años, y 130 (55,3%) de los pacientes entrevistados eran mujeres. Respecto del nivel educativo, 125 (52,9%) participantes habían completado el nivel primario, 91 (38,5%) el nivel secundario, y 20 (8,4%) el terciario.

Manifestaron tener un médico de cabecera 195 (82,6%), y la clínica médica fue la especialidad más frecuente (70,6%),

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

| N  | Total = 236 |
|--|-------------|
| Edad promedio (SD)                                 | 70 (66-77)  |
| Sexo femenino, no (%)                              | 130 (55,3)  |
| <b>Nivel educativo, no (%)</b>                     |             |
| Sin escolaridad-primaria                           | 125 (52,9%) |
| Secundaria   | 91 (38,5%)  |
| Terciario-universitario                            | 20 (8,4%)   |
| Médico de cabecera, no (%)                         | 195 (82,6%) |
| <b>Especialidad del médico de cabecera, no (%)</b> |             |
| Clínico  | 139 (70,6%) |
| Cardiología  | 25 (12,7%)  |
| Neumología   | 9 (4,6%)    |
| Endocrinología                                     | 10 (5,1%)   |
| Ginecología  | 1 (0,5%)    |
| Oncología  | 3 (1,5%)    |
| Otro   | 10 (5,1%)   |
| <b>Médico de cabecera lejos, no (%)</b>            |             |
| No   | 124 (63,3%) |
| <b>Problema distancia al médico, no (%)</b>        |             |
| No   | 88 (60,3%)  |

seguida de cardiología (12,7%), endocrinología (5,1%) y neumología (4,6%).

Respecto de la distancia desde el domicilio al médico de cabecera, hasta el 36,7% refirieron estar lejos, y en el 39,7% de los casos esa distancia representó un problema para acceder a la consulta.

## Conocimiento sobre enfermedades prevenibles

Cuando se les consultó sobre si existen enfermedades prevenibles, las más mencionadas fueron las cardiovasculares ( $n = 134$ , 56,8%) y las metabólicas ( $n = 133$ , 56,4%), seguidas de las oncológicas ( $n = 116$ , 49,2%) e infecciosas ( $n = 55$ , 23,3%).

## Conocimiento sobre cánceres prevenibles

Al consultarles a los pacientes sobre su conocimiento de qué cánceres pueden prevenirse, el más mencionado fue el de mama ( $n = 110$ , 46,6%) seguido del de próstata y colon ( $n = 83$ , 35,2% y  $n = 73$ , 30,9%, respectivamente), luego pulmón ( $n = 49$ , 20,8%) y cérvix ( $n = 49$ , 20,8%).

## Tasa de cumplimiento de los programas de detección sistemática oncológicos vigentes

### Pulmón

De 236 registros, 137 (58,30%) tenían antecedente de tabaquismo. De ellos, 31 (22,63%) reportaron haberse rea-

lizado alguna vez una TC de tórax a modo de detección sistemática.

Los criterios para detección sistemática de cáncer de pulmón según edad y paquetes/años fumados fueron cumplidos por 34 (24,8%) pacientes. De ellos, cuatro (11,7%) fueron adherentes totales; 12 (35,2%), adherentes irregulares, y 18 (52,9%), no adherentes.

De los 18 adultos clasificados como no adherentes, 17 refirieron no haberse realizado estudios por falta de solicitud de su médico, y uno no especificó motivo.

### Colon

Al consultarles a los entrevistados si alguna vez se realizaron algún estudio de detección sistemática de cáncer de colon, respondieron afirmativamente 84 adultos. El estudio más frecuente fue la VCC, en 75 adultos (89,3%), seguido de SOMF en 13 personas (15,5%), colon por enema en cuatro (1,7%) y colonoscopia virtual en 5 (6%).

Al analizar quiénes cumplían con los criterios de detección sistemática oncológica de colon, 165 tenían indicación de rastreo. Dentro de este grupo, 30 (18,2%) se los realizaron correctamente, siendo adherentes totales, 30 (18,2%) fueron adherentes irregulares y 105 (63,6%), no adherentes.

De los no adherentes, el motivo más frecuente de no realización de estudios fue la no solicitud de los mismos por el médico, reportado por 93 (88,6%) de los adultos entrevistados.

### Mama

De las 105 mujeres encuestadas, 82 (78,10%) se realizaron al menos alguna vez una mamografía y aquellas que reunían criterios de detección sistemática fueron 70 mujeres. Dentro de este grupo, 21 (30%) resultaron adherentes totales; 33 (47,1%), adherentes irregulares, y 16 (22,8%) no adhirió a los programas vigentes.

Al consultar el motivo de la no realización de estudios de las no adherentes, hasta un 37,5% ( $n = 6$ ) refirió no haber recibido la prescripción médica, 6,2% ( $n = 1$ ) argumentó motivos administrativos, y de las 9 restantes no se logró recabar motivo.

### Cérvix

De 105 mujeres, 89 (84,76%) refirieron haberse hecho algún estudio de detección del cáncer de cérvix, de las cuales 25 (28%) cumplían con los criterios de detección sistemática; de ellas, 20 (80%) fueron adherentes totales; cuatro (16%), irregulares, y una (4%), no adherente. Al consultar el motivo de la no realización de estudios en esta última, la misma no especificó motivo.

### Próstata

Debido a que los criterios de realización dependen de preferencias del paciente y no de una recomendación estricta, presentamos los que se lo realizaron y quiénes según la guía no tendrían indicación (recomendación en contra del rastreo en mayores de 70 años).

Entre los adultos varones menores de 70 años, 46 de 72 (63,9%) refirieron haberse realizado la prueba de PSA y 22 (30,5%) la hicieron anualmente. En mayores de 69 años, 37 de 73 (50,7%) pacientes se practicaron el test cuando el mismo no tiene indicación luego de esa edad.

### Factores predictores de adherencia a programas de detección sistemática oncológico (tablas 2-5)

Se realizó un modelo de regresión logística ordinal para evaluar los predictores de la adherencia al programa de detección incluyendo la edad (por cada año), sexo y nivel educativo (primaria, secundaria o más alta). Entre los pacientes que cumplían con los criterios de detección sistemática, una menor edad y mayor nivel educativo se asociaron a mayores tasas de adherencia en cáncer de mama (razón de posibilidades [OR]: 0,82 [IC del 95%: 0,73-0,92] y OR: 2,93 [IC del 95%: 1,04-8,19]), mientras que una mayor educación se asoció a mayor adherencia a los cánceres de colon y pulmón (OR: 2,42 [IC del 95%: 1,21-4,85] y OR: 30,52 [1,89-494,02]).

### Discusión

En este estudio transversal cuyo objetivo fue determinar el grado de conocimiento sobre si el cáncer es potencialmente prevenible, se reportó una tasa de conocimiento del 49,2% por parte de los adultos mayores encuestados; el cáncer de mama fue el más identificado, seguido del de próstata, colon, pulmón y cérvix.

La adherencia a los programas de detección sistemática fue más alta para el cáncer de cérvix y próstata (mayores al 60%) y más baja para mama, pulmón y colon (con cifras menores al 20%).

Similares hallazgos se reportaron del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2018 (15), donde se informó una tasa de realización de mamografías del 66% durante los dos años analizados. Otros reportes sobre frecuencia de realización de estudios para rastreo de cáncer de cérvix brindados por el Observatorio Global de Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018 mostraron una tasa de realización de Papanicolaou del 70,3% durante un período de dos años (15). Asimismo, un corte transversal realizado en la provincia de Jujuy reportó una frecuencia mayor al 80% en la realización de dicho estudio (16).

En nuestro estudio, encontramos que el principal motivo de la no realización de los estudios fue la no solicitud por parte del médico, lo cual ya fue reportado en estudios previos (17,18).

Otro de nuestros hallazgos fue que a menor nivel educativo, menor adherencia a los programas de rastreo, en concordancia con otros datos publicados sobre cáncer de cérvix (19,20).

**TABLA 2. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA. FACTORES PREDICTORES DE ADHERENCIA A PROGRAMAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE CÁNCER DE COLON**

|                      | Razón de posibilidades | IC del 95% | p    |
|----------------------|------------------------|------------|------|
| Edad                 | 0,93                   | 0,87-1,00  | 0,07 |
| Sexo masculino       | 0,63                   | 0,33-1,21  | 0,17 |
| Educación secundaria | 2,42                   | 1,21-4,85  | 0,01 |
| Educación terciaria  | 1,73                   | 0,60-5,01  | 0,31 |

**TABLA 3. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA. FACTORES PREDICTORES DE ADHERENCIA A PROGRAMAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE CÁNCER DE MAMA**

|                      | Razón de posibilidades | IC del 95% | p     |
|----------------------|------------------------|------------|-------|
| Edad                 | 0,82                   | 0,73-0,93  | 0,001 |
| Sexo masculino       | 1                      |            |       |
| Educación secundaria | 2,93                   | 1,05-8,19  | 0,041 |
| Educación terciaria  | 2,92                   | 0,73-11,63 | 0,13  |

**TABLA 4. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA. FACTORES PREDICTORES DE ADHERENCIA A PROGRAMAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE CÁNCER DE CÉRVIX**

|                      | Razón de posibilidades | IC del 95% | p    |
|----------------------|------------------------|------------|------|
| Edad                 | 1,07                   | 0,64-1,79  | 0,79 |
| Sexo masculino       | 1                      |            |      |
| Educación secundaria | 1,36                   | 0,16-11,22 | 0,77 |
| Educación terciaria  | 3,37                   | 0          | 0,99 |

**TABLA 5. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA. FACTORES PREDICTORES DE ADHERENCIA A PROGRAMAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE CÁNCER DE PULMÓN**

|                      | Razón de posibilidades | IC del 95%  | p    |
|----------------------|------------------------|-------------|------|
| Edad                 | 0,93                   | 0,82-1,05   | 0,24 |
| Sexo masculino       | 0,44                   | 0,09-2,14   | 0,31 |
| Educación secundaria | 0,68                   | 0,13-3,54   | 0,65 |
| Educación terciaria  | 30,52                  | 1,89-494,02 | 0,02 |

Este estudio presenta como fortalezas la escasa información disponible sobre la tasa de adherencia a los programas de rastreo de enfermedades oncológicas vigentes y agrega información valiosa para mejorar las tasas de detección y estrategias de difusión de los programas.

Este protocolo presenta algunas limitaciones. Su carácter retrospectivo respecto de la forma de recolección de los datos podría presentar sesgo de información, ya que muchos de

los adultos entrevistados pueden no haber brindado información fidedigna sobre los intervalos verdaderos de la realización de los estudios consultados. Otra limitación podría ser que la mayoría de los participantes presentaba un bajo nivel educativo y eso podría contribuir a que no reconocieran los nombres técnicos de los estudios.

Respecto de la identificación de los motivos por los que los participantes no adhirieron de forma total a los programas de rastreo vigentes, en este estudio sólo se ven representados los motivos de los que no se hicieron ningún estudio en ninguna oportunidad y no se logró recabar motivos en los adherentes irregulares.

En conclusión, encontramos tasas de adherencia variables para los diferentes tumores, siendo altas para algunos y bajas para otros y, a su vez, un rol poco activo del médico en la solicitud de los estudios para su diagnóstico.

Creemos que identificar el grado de conocimiento sobre las enfermedades oncológicas potencialmente prevenibles y los principales motivos de la no realización de los estudios disponibles para su diagnóstico temprano reviste especial importancia para mejorar las estrategias de educación a profesionales de la salud y la difusión de los programas vigentes a fin de brindar tratamientos oportunos y reducir la mortalidad asociada. **RAM**

## Referencias bibliográficas

1. Estadísticas del cáncer. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 27 de abril de 2015. [Último acceso: 14 de enero de 2022.] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
2. Estadísticas - Incidencia. En: Argentina.gov.ar [Internet]. 17 Feb 2019 [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
3. Estadísticas - Mortalidad. En: Argentina.gov.ar [Internet]. 17 de febrero de 2019 [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
4. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/> [Último acceso: 1 de febrero de 2022.]
5. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres. En: *Argentina.gov.ar [Internet]*; 23 de noviembre de 2021. [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad-cm>
6. User S. Mamografía. [Último acceso: 28 de agosto de 2023.] Disponible en: <https://www.samas.org.ar/index.php/cancer-de-mama/mamografia>
7. Sánchez González M. Lung cancer screening. *Radiología* 2014;56:385-9
8. Mortalidad por cáncer colorrectal. En: Argentina.gov.ar [Internet]. 23 de noviembre 2021. [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad-ccr>
9. <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2018-10/0000001003cnt-2017-09-08-guia-referentes-web.pdf> [Último acceso: 1 de febrero de 2022.]
10. The International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory. [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
11. Bosquet EG, Bosquet JG, González-Merlo. Ginecología. Elsevier Health Sciences; 2020
12. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. En: Argentina.gov.ar [Internet]. 12 de febrero de 2019 [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
13. Prevención de cáncer de cuello de útero: el Pap y la vacuna contra el VPH. [Último acceso: 1 de febrero de 2022.] Disponible en: <https://msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/198-1-prevencion-de-cancer-de-cuello-de-utero-el-pap-y-la-vacuna-contra-el-vph>
14. Fuzzell LN, Perkins RB, Christy SM, et al. Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups. *Prev Med* 2021;144:106400
15. Tegaldo P. ¿Por qué las mujeres no se realizan exámenes ginecológicos? [Último acceso: 4 de octubre de 2022.] Disponible en: <https://www.samas.org.ar/index.php/blog-infosam/374-por-que-las-mujeres-no-se-realizan-examenes-ginecologicos>
16. Vista de adherencia al triaje en contexto de tamizaje con autotoma del test de virus del papiloma humano en la provincia de Jujuy. [Último acceso: 6 de octubre de 2023.] Disponible en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/480/405>
17. Dagatti MS, Avila MB, Savarecio N, et al. Knowledge, adherence and perceptions about colorectal cancer screening in primary and secondary school teachers in Carcarañá. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2021;78:125-9
18. <http://fcm.uncuyo.edu.ar/upload/13-grupo-13-adherencia-de-medicos-y-pacientes-a-estrategias-de-prevencion-de-cancer-mas-frecuentes-en-atencion-primaria-de-la-salud-en-gran-mendoza.pdf> [Último acceso: 6 de octubre de 2023.]
19. Rodríguez-Garcés CR, Padilla-Fuentes GB. Cáncer mamario y cervicouterino: el problema del absentismo femenino en la acción preventiva. *Univ Salud* 2019;22:41-51
20. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33:174-82